

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PETROL ARAMA İŞÇİLERİNDE NİKOTİN BAĞIMLILIĞININ RUHSAL  
BELİRTİLER VE ALGILANAN STRESLE İLİŞKİSİ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Bağımlılık Danışmanlığı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Ezgi AKAY

DANIŞMAN

Prof. Dr. Yusuf ALPER

İZMİR

2017

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PETROL ARAMA İŞÇİLERİNDE NİKOTİN BAĞIMLILIĞININ RUHSAL  
BELİRTİLER VE ALGILANAN STRESLE İLİŞKİSİ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı  
Bağımlılık Danışmanlığı Programı  
Yüksek Lisans Tezi

Ezgi AKAY

DANIŞMAN

Prof. Dr. Yusuf ALPER

İZMİR

2017

## DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

**Adı Soyadı**

**İmza**

### **Asil Üyeler:**

**Başkan** : Prof. Dr. Yusuf ALPER

### **(Danışman)**

**Üye** : Prof. Dr. Hakan COŞKUNOL

**Üye** : Prof. Dr. Artuner DEVECİ

### **Yedek Üyeler:**

**Üye** : Prof. Dr. A. Ender ALTINTOPRAK

**Üye** : Prof. Dr. Can CİMİLLİ

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 20.12.2017

## ÖNSÖZ

Bu çalışmayı Türkiye Petrolleri Jeofizik Operasyonlar Müdürlüğü çalışanları ile yürütmek konusunda gerekli izni sağlayan Jeofizik Operasyonlar Müdürü Hakkı ŞİMŞEK'e, çalışmam sırasında tezimi gözden geçirerek değerli fikirler veren Psk. Dr. Emine Umut YILDIZ'a, tezimi tamamlamam konusunda beni sürekli motive eden ve destekleyen eşim Yiğit AKAY ve annem Fatma SEZGİN'e ve kıymetli destekleri için tez danışmanım Prof. Dr. Yusuf ALPER'e teşekkürlerimi sunarım.



İZMİR 2017

Ezgi AKAY

## ÖZET

Bu çalışmada sigara içen petrol arama işçilerinin psikolojik belirtiler ve algılanan stres düzeylerinin sigara içmeyen işçilerle karşılaştırılması; sigara içen işçilerin psikolojik belirti ve algılanan stres düzeylerinin nikotin bağımlılık düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmaya katılan 106 kişiye sosyodemografik özellikleri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, ruhsal belirtileri belirlemek amacıyla Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), algılanan stres düzeylerini belirlemek amacıyla Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve sigara içtiğini belirten kişilere nikotin bağımlılık düzeyini belirlemek amacıyla Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulanmıştır.

Sigara kullanımının psikolojik belirtiler üzerine etkisi incelendiğinde, sigara içen ve bırakan kişilerin SCL-90-R somatizasyon ve ek skala alt ölçek puanlarının sigara içmeyenlerden yüksek olduğu bulunmuştur. Algılanan stresle ilgili yapılan ölçüm sonucu, her ne kadar sigara içmeyenlerin ölçek puan ortalamaları daha yüksek olsa da, sigara kullanımının algılanan stres düzeyleri üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı bulunmuştur.

Bu çalışmada sigara içen katılımcıların büyük çoğunluğu düşük düzeyde nikotin bağımlısıdır. Nikotin bağımlılığının psikolojik belirtilerle ilişkisi değerlendirildiğinde ise kişilerarası duyarlılık ve paranoid düşüncelerin bağımlılıkla pozitif yönlü, zayıf ilişkisi olduğu bulunmuştur. Orta düzey nikotin bağımlıları SCL-90-R ölçeğinde, pek çok psikolojik belirti açısından, düşük ve yüksek düzey bağımlılardan, daha yüksek puanlar almışlardır. Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyleri ile algılanan stres düzeyleri arasında ise herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Sigara içmek; stres; ruh sağlığı; petrol endüstrisi

## ABSTRACT

In this study, the aim is to compare the psychological symptoms and perceived stress levels of the petroleum exploration workers who smoke with that of who do not smoke; and to identify whether or not the psychological symptoms and perceived stress levels of the workers who smoke differ with respect to their nicotine dependence levels.

In order to identify sociodemographic properties, psychological symptoms, perceived stress levels and nicotine dependence levels of the workers who express that they smoke; sociodemographic data form which is prepared by the researcher, The Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R), Perceived Stress Scale (PSS) and Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), are applied on 106 individuals by the researcher, respectively.

When the effect of smoking on psychological symptoms are examined, it is discovered that the SCL-90-R somatisation subscale and additional configural items scores of those who smoke or quit are higher than those who do not smoke. As a result of the measurement regarding perceived stress, it is found out that there is not any effect of smoking on perceived stress levels although the scale score averages of non-smokers are higher.

In this study, the great majority of the participants who smoke have low-level nicotine dependence. Yet, when the relationship between nicotine dependence and psychological symptoms are assessed, interpersonal sensitivity and paranoid thoughts are found out to be weakly and positively correlated with nicotine dependence. With respect to many psychological symptoms within SCL-90-R, mid-level nicotine dependent participants received higher scores than those with low-level and high-level nicotine dependent participants. Nicotine dependence levels of participants were not correlated with perceived stress.

Keywords: Cigarette smoking; stress; mental health; petroleum industry

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>I</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>II</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>III</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>IV</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>VII</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	<b>VIII</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Araştırmanın Konusu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Önemi.....	2
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	2
1.5. Araştırmanın Varsayımları.....	3
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Nikotin Kullanımı ve Farmakokinetiği.....	4
2.2. Nikotin Etkileri.....	5
2.3. Nikotin Bağımlılığı.....	6
2.3.1. Nikotin Kullanımı Tanısı.....	8
2.3.1.1. Tütün Kullanım Bozukluğu.....	8

2.3.2. Nikotin Yoksunluk Sendromu.....	10
2.3.2.1. Tütün Yoksunluğu Tanı Kriterleri.....	10
2.4. Nikotin Kullanımının Ruh Sağlığıyla İlişkisi.....	11
2.4.1. Depresyon ve Sigara İçme.....	12
2.4.2. Anksiyete Bozuklukları ve Sigara İçme.....	12
2.4.3. Psikotik Bozukluklar ve Sigara İçme.....	13
2.5. Stres.....	14
2.5.1. Stresin Psikofizyolojisi.....	15
2.5.2. Stresi Açıklayıcı Kuramlar.....	17
2.5.2.1. Sistemik Stres Teorisi.....	18
2.5.2.1.1. Olumlu ve Olumsuz Stres.....	19
2.5.2.2. Bilişsel Transaksiyonel Model.....	20
2.5.2.2.1. Bilişsel Değerlendirme.....	21
2.5.3. Stres ve Sigara İçme Arasındaki İlişki.....	24
2.5.4. Stres ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırma Evreni ve Örneklem.....	29
3.2. Yöntem.....	29
3.3. Kullanılan Gereçler.....	29
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	29
3.3.2. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R).....	30
3.3.3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ).....	31
3.3.4. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....	31

3.4. İstatistiksel Yöntem.....	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı.....	33
4.2. Katılımcıların Sigara Kullanımına İlişkin Bulgular.....	34
4.3. Katılımcıların Sigara İçme Durumlarına Göre Psikolojik Belirti Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	36
4.4. Katılımcıların Sigara İçme Durumlarına Göre Algılanan Stres Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	38
4.5. Sigara İçen Katılımcılara İlişkin Bulgular.....	39
4.5.1. Katılımcıların Nikotin Bağımlılık Düzeyin İlişkin Bulgular.....	40
4.5.2. Katılımcıların Nikotin Bağımlılık Düzeyine Göre Psikolojik Belirti Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	41
4.5.3. Katılımcıların Nikotin Bağımlılıkları ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkiler.....	43
4.5.4. Katılımcıların Sigaraya Başlama Yaşının Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi.....	44
TARTIŞMA.....	47
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKLAR.....	55
EKLER.....	66

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	33
Tablo 2. Katılımcıların sigara içme durumunun dağılımı.....	34
Tablo 3. Sigara içme durumu ve çeşitli değişkenlerin ki-kare testi sonuçları.....	35
Tablo 4. Katılımcıların SCL-90-R alt ölçek ve Genel Belirti Düzeyi puanları.....	36
Tablo 5. Sigara içme durumuna göre SCL-90-R alt ölçek ve Genel Belirti Düzeyi puan sıra ortalamalarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 6. ASÖ-14'ten alınan puanlara ait tanımlayıcı istatistikler.....	38
Tablo 7. Sigara içen katılımcılarla ilgili değişkenler.....	39
Tablo 8. Sigara içenlerin SCL-90-R alt ölçek ve Genel Belirti Düzeyi puanları.....	39
Tablo 9. Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeylerine göre dağılımı.....	40
Tablo 10. SCL-90-R ve FNBT puanları arasındaki korelasyonlar.....	41
Tablo 11. SCL-90-R puanlarının nikotin bağımlılık düzeyine göre karşılaştırılması.....	42
Tablo 12. Nikotin bağımlılık düzeylerine göre ASÖ-14'ten alınan puanların tek yönlü varyans analizi sonuçları.....	43
Tablo 13. Nikotin bağımlılık düzeyinin sigaraya başlama yaşı ve sigara içme süresiyle ilişkisi.....	44
Tablo 14. Sigaraya başlama yaşı ve SCL-90-R puanları arasındaki korelasyonlar....	45
Tablo 15. Sigaraya başlama yaşına göre somatizasyon, kişilerarası duyarlılık ve düşmanlık alt ölçeklerinden alınan puanların karşılaştırılması.....	45

## KISALTMALAR LİSTESİ

ACTH: Adrenokortikotrofik Hormon

ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği

CES-D: Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Ölçeği

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

GAS: Genel Adaptasyon Sendromu

GSA: Genel Sağlık Anketi

PTSB: Post Travmatik Stres Bozukluğu

SCL-90-R: Ruhsal Belirti Tarama Listesi

TPAO: Türkiye Petrolleri Anonim Ortaklığı

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Araştırmanın konusu

Nikotin kullanımı dünya çapında önlenemez hastalık ve ölüm nedenleri arasında ilk sırada gelmesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Günümüzde nikotin almanın en sık görülen şekli sigara içmektir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nın Türkiye raporunda tütün kullanım sıklığı %27.1 iken bu oran erkeklerde %41.5, kadınlarda %13.1 olarak bulunmuştur. En sık tüketilen tütün ürünleri arasında %25.7'lik oranla sigara gelmektedir ve 2012 yılı itibarıyla Türkiye'de 14.8 milyon kişinin sigara içtiği belirtilmiştir (1, 2)

Kötüye kullanılan diğer maddeler arasında bağımlılık riski bakımından nikotin ilk sıralarda bulunmaktadır. Sigara kullananlar arasında nikotin bağımlılık düzeyleri hafiften şiddetliye kadar değişen bir aralıkta bulunmaktadır (3). Tütün kullanımı, psikiyatrik hastalar ve diğer maddeleri kötüye kullananlar arasında oldukça yaygın ve yoğun şekilde görülmektedir (4, 5, 6). Sigara içen kişilerde de duygudurum ve anksiyete bozuklukları, madde kullanımı, psikoz ve kişilik bozuklukları görülme oranı daha yüksek olmaktadır (7). Araştırmalar stres, olumsuz duygulanım ve depresif belirtilerin sigara bağımlılığını arttırdığını göstermektedir. Çünkü sigara içmek stres, anksiyete ve depresif duygudurumdan geçici süre uzaklaşmayı ve kişinin gevşemesini ve rahatlamasını sağlamaktadır.

Çağımızda stres gündelik yaşamın en önemli sorunlarından bir haline gelmiştir. Çeşitli araştırmalar stresin ruh sağlığı üzerine de etkileri olduğunu göstermektedir. Fakat stresli koşullar her bireyde aynı tepkiye neden olmamaktadır. Dolayısıyla bireyin stres yaratan koşul ve kendi baş etme mekanizmalarıyla ilgili düşünceleri stres düzeyini etkilemektedir (8, 9). Algılanan stres "belirli bir zamanda bireyin ne kadar stres altında olduğuyla ilgili duygu ve düşünceleri" olarak tanımlanmaktadır (10). Algılanan stres ve sigara içme arasında da güçlü bir ilişki vardır.

Literatürde Türkiye'de ve dünyada çeşitli sektörlerde çalışan işçilerin ruh sağlığı ve sigara kullanımıyla ilgili birçok araştırma bulunmaktadır (11,12,13,14). Ancak petrol sektöründe çalışan işçilerin ruh sağlığı ve sigara kullanımıyla ilgili çalışma sayısı oldukça azdır. Petrol sektöründe çalışan işçiler uzun süreler toplumdan izole, zorlu coğrafi ve iklim koşullarında, sosyal desteklerinden uzak

şekilde çalışmaktadır; bu durum işçilerin ruh sağlığını etkilemektedir (15,16,17). Ek olarak literatür incelendiğinde petrol sektöründe yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunun deniz platformlarında çalışan işçilerle yapıldığı görülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı sigara içen petrol arama işçilerinin psikolojik belirtiler ve algılanan stres düzeylerinin sigara içmeyen işçilerle karşılaştırılması; sigara içen işçilerin psikolojik belirti ve algılanan stres düzeylerinin nikotin bağımlılık düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesidir.

## **1.3. Araştırmanın Önemi**

Türkiye’de petrol arama işçilerinin ruh sağlığı ve nikotin bağımlılıklarıyla ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Petrol arama işçileri uzun süreler dış dünyadan uzak kara ve deniz platformlarında çalışmaları nedeniyle ruh sağlığı açısından risk altında olan bir popülasyon oluşturmaktadır. Dolayısıyla bu kişilerin ruh sağlığı ve sigara kullanımlarıyla ilgili yapılan bu araştırmanın, ileride bu popülasyona yönelik geliştirilebilecek ruh sağlığı ve tütün kontrolü programlarına yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

## **1.4. Araştırmanın Hipotezleri**

1. Sigara içen ve içmeyen işçilerin psikolojik belirti düzeyleri arasında fark vardır.
2. Sigara içen ve içmeyen işçilerin algılanan stres düzeyleri arasında fark vardır.
3. Sigara içen işçilerin psikolojik belirti düzeyleri ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında fark vardır.
4. Sigara içen işçilerin algılanan stres düzeyleri ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında fark vardır.

5. Erken yaşıta sigaraya başılayan kişilerin nikotin bağımlılık düzeyleri daha yüksektir.

6. Uzun süre sigara içen kişilerin nikotin bağımlılık düzeyleri daha yüksektir.

### **1.5. Araştırmanın Varsayımları**

1. Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formunun ölçülmek istenen özellikleri doğru olarak ölçtüğü varsayılmıştır.

2. Araştırmada kullanılan ölçekler geçerli ve güvenilir ölçeklerdir.

3. Katılımcıların sosyodemografik veri formu ve ölçek maddelerine içtenlikle yanıt verdikleri varsayılmıştır.

### **1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

1. Araştırma Türkiye Petrolleri Anonim Ortaklığı (TPAO) Jeofizik Operasyonlar Müdürlüğü'nde çalışan petrol arama işçileriyle gerçekleştirilmiştir. Petrol sektöründe arama dışı faaliyetlerde çalışan işçiler araştırmaya dâhil edilmemiştir.

2. TPAO dışındaki petrol şirketlerinde çalışan işçiler araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3. Petrol arama işçileri arasında araştırmaya katılmayı reddeden kişiler olmuştur

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Nikotin Kullanımı ve Farmakokinetiği

Nikotin, tütün ürünlerinde bulunan ve tütünün bağımlılık yapıcı etkilerinde sorumlu olan maddedir (18). Nikotin alma yollarından en yaygın olanı da tütün kullanmaktır. (19). Tütün sıklıkla sigara, puro veya pipo içinde yakılıp dumanının inhale edilmesi yoluyla tüketilmektedir. Tütün, ağızda çiğneyerek veya enfiye şeklinde hazırlanmış tütün tozu buruna çekilerek de kullanılabilir. Fakat tütünün buruna çekilerek kullanılması günümüzde yaygın değildir (4).

Nikotin kullanımı sıklıkla diğer madde kullanımlarından önce ve sosyal pekiştirme sonucu başlamaktadır. Sigaraya erken yaşta başlama ileri dönemlerde bırakmayı zorlaştırıcı etkenlerden biri olmaktadır (4,6). Çoğu kişi, annelerinin sigara içmesi nedeniyle, daha rahimdeyken nikotine maruz kalmakta ve nikotin maruziyeti beyindeki nikotin reseptör sayısını değiştirerek reseptör işlevlerini de etkilemektedir (4).

Sigara kullanımı yoluyla inhale edilen nikotin akciğerlerde absorbe edilmekte ve yaklaşık %90'ı buradan kana karışmaktadır (4). Dolaşıma giren nikotin hızlı bir şekilde vücut dokularına dağıtılmaktadır; inhalasyonu takiben nikotin birkaç saniye içinde beyne ulaşmaktadır. Bu durum sigaranın güçlü pekiştirici etkilerine katkı sağlamaktadır. (19). Nikotinin vücuttaki dağılımı veriliş yolu ve süresine bağlıdır. Dolaşımdaki nikotin konsantrasyonu yükseldikçe beyne geçiş hızlanmakta ve beyinde de yüksek nikotin konsantrasyonu oluşmaktadır. Dolayısıyla sigaradan tek bir nefes almakla bile beyne oldukça yüksek konsantrasyonlarda nikotin ulaşmaktadır, fakat beyinde etkili nikotin konsantrasyonlarına ulaşmak ardışık çekilen nefeslerle mümkün olmaktadır. Nikotin yaklaşık otuz dakika içinde beyni terk etmekte ve karaciğer, böbrekler, tükürük bezleri ve midede yoğunlaşmaya başlamaktadır (4).

Nikotinin büyük çoğunluğu karaciğerde metabolize olmaktadır ve bu durum içen kişilerde, içmeyenlere göre, çok daha hızlı meydana gelmektedir. Nikotin metabolizma hızı cinsiyete bağlı olarak değişmektedir. Nikotinin yarılanma ömrü, bireysel değişkenlik göstermekle birlikte, ortalama otuz dakikadır. Sigara içicilerin vücudunda nikotin gün içinde birikmektedir. Fakat bağımlılarda eliminasyon da

yeterince hızlı olduğundan nikotinin vücuttaki günlük birikimi çok fazla olmamaktadır. Metabolizma hızı genetik yatkınlığa bağlı olarak da bireysel farklılıklar göstermektedir. Popülasyonun yaklaşık %16-25'i nikotini metabolize etmede genetik eksikliğe sahiptir ve bu durum kişileri sigara içmekten koruyan bir faktördür (4).

## 2.2. Nikotinin Etkileri

Nikotin, dopamin ve noradrenalin kullanan beyin bölgesi ve sistemlerinde bu nörotransmitter maddelerin salınımını tetiklemektedir. Bu sistemlerden en önemlisi mezolimbik dopaminerjik sistemdir. Bu sistemin nikotin tarafından uyarılması nikotinin pozitif pekiştirici etkilerini arttırmaktadır (3,4).

Nörotransmitter salınımını tetikleyerek etkilediği beyin bölgeleri nedeniyle nikotinin stres ve anksiyete giderici etkileri bulunmaktadır. Genelde sigara içen kişiler, sigaranın anksiyete giderici etkileriyle birlikte, rahatlama ve uyarılma etkilerini de bildirmektedirler. Nikotin bağımlıları sigaradan aldıkları tek bir nefesle bile daha az gergin, huysuz, stresli, aç ve agresif hissettiklerini, daha etkin şekilde konsantre olabildiklerini ve güçlü sigara içme isteğinden kurtulduklarını ifade etmektedirler (3).

Sigara kullanımı, nikotin dağıtımı ve aynı zamanda sigara içme davranışının kazanılması ve sürdürülmesinde önemli olan, uyarıcı etkileri de içeren karmaşık bir davranıştır. Nikotinin etkileriyle ilgili öznel ölçümler, nikotinin, kokain tarafından üretilenlere benzer, öforik etkiler ürettiğini göstermektedir. (5, 19). Sigara içmek çoğu kişi için keyif verici bir deneyim olmaktadır. Henningfield ve arkadaşları (1985) tarafından yapılan bir araştırmada nikotini sigara ve intravenöz infüzyon yoluyla alan denekler karşılaştırılmış, sigara grubundaki denekler amfetamin veya morfin alımına benzer keyif verici etkiler hissettiklerini belirtirken, intravenöz infüzyon grubundakiler herhangi bir etki hissetmediklerini belirtmişlerdir (4).

Tütün endüstrisinde çalışan ve çalışmayan bilim insanlarının tamamı sigarayı bir nikotin dağıtım sistemi olarak tanımlamaktadır; fakat sigaranın tüm etkileri nikotin dağıtımıyla açıklanamamaktadır. Sigaranın toksik etkilerinin çoğu içinde bulunan, nikotin dışındaki, maddelerden kaynaklanmaktadır. Nikotine ek olarak, sigara içindeki diğer maddeler sigara kullanımının gelişmesi ve sürdürülmesine katkı

sağlayabilmektedir (19). Tütünden alınan nikotin, saf nikotin formlarına göre, daha toksik ve daha fazla bağımlılık yapıcı etkiye sahiptir. Sigaranın nikotin dışı içeriği monoamin oksidazı engelleyerek sigara içmenin antidepresan etkilerine katkı sağlayabilmektedir. Bir alkol metaboliti olan ve sigarada da bulunan asetaldehit, sigara içindeki nikotinle karşılıklı etkileşimle, nikotin veya asetaldehitin tek başlarına yaratacağından daha güçlü pekiştirici etki ortaya çıkarmaktadır (18,19).

Nikotinin bilişsel fonksiyonlar üzerinde de çeşitli etkileri vardır. Dikkat, hafıza ve performans gibi bilişsel fonksiyonları geliştirdiğine dair araştırma sonuçları bulunmaktadır (6,20). Ancak kronik sigara içme, aynı zamanda, orta yaşlarda bilişsel performansın düşmesi ve ileri yaşlarda ise bilişsel gerileme ve bunama riski ile ilişkilidir (20).

Nikotinin yarattığı etkiler, ilaç öncesi öznel duruma, aktivite düzeyine, genetik yatkınlığa, geçmişteki veya şimdiki diğer madde kullanımlarına, bireyin beklentilerine ve diğer durumsal faktörlere dayanmaktadır (5).

### **2.3. Nikotin Bağımlılığı**

Genel olarak madde bağımlılığı karmaşık bir psikiyatrik bozukluktur ve bu patolojileri geliştirmeye yatkınlıkta, çevresel, genetik ve psikolojik etmenler tarafından belirlenen, önemli bireysel farklılıklar bulunmaktadır. Tüm bu nedenlerle sigara içen kişilerin belirli bir yüzdesi zaman içinde bağımlılık geliştirmektedir (20).

Bir kez denemeyle bağımlılık yapma potansiyeli açısından nikotin %32'lik oranla diğer maddeler arasında ilk sırada gelmektedir (4). Nikotin bağımlılığı tanısı alan kişilerin sıklığı, diğer madde kötüye kullanım bozukluklarından daha yüksektir (18)

Nikotin bağımlılığı, nikotinin çoklu farmakolojik etkilerine bağlıdır. Bağımlılık yapan diğer maddelerin aksine, nikotinin çok çeşitli etkileri vardır. Öfkeyi azaltır, duygu durumunu düzenler ve açlığı azaltır. Birçok maddeden farklı olarak nikotin intoksikasyonu olmaması da, sigara içen kişinin, günlük aktivitelerinde herhangi bir davranışsal değişiklik olmadan, daha fazla miktarda sigara içmesine olanak sağlamaktadır. Sigara içmek beyne bir madde göndermenin en hızlı yoludur. Yasal olduğu, kolay bulunabildiği ve ucuz olduğundan dolayı, sigara elde etmek için az sayıda sosyal beceri veya kaynak yeterli olmaktadır. Yasal olması nedeniyle sigara

kullanımı sonucu cezalandırılma sadece sosyal bağlamda meydana gelmektedir. Çoklu madde etkisi, intoksikasyon yaratmaması ve kolay elde edilebilirliği, nikotini oldukça yüksek oranda bağımlılık yapan bir madde haline getirmektedir (6).

İlk kez tütün kullananlar ciddi olarak hastalanmakta ve zehirlenmektedir; fakat bu etki birkaç saat içinde ortadan kaybolur ve aşırı dozdan kaçınmayı öğrenme ve toleransın birleşmesi sayesinde, nadiren tekrar yaşanır (19).

Bağımlılık yapan birçok maddenin aksine, sigara içenler bir etki ortaya çıkarması için giderek yükselen plazma nikotin düzeylerine ihtiyaç duymazlar. Bu muhtemelen nikotinin oldukça kısa yarılanma ömründen kaynaklanmaktadır. Ancak bağımlı kişiler sigaranın neden olduğu baş ağrısı, sersemlik, bulantı ve disfori gibi yan etkilerine karşı, oldukça hızlı şekilde, tolerans geliştirmektedir (3,4).

Bağımlılar hem olumlu etkileri hem de yoksunluktan kurtulmak için sigara içmektedir. Nikotin bağımlılığı tekrarlayan şekilde nikotini kendine vermeyle gelişir ve bu durum tolerans, yoksunluk ve kompulsif nikotin kullanımıyla sonuçlanır. Tipik olarak nikotin bağımlılığı birkaç hafta boyunca günlük nikotin kullanımını içerir. Bağımlılık oluştuktan sonra tüketim düzeyleri uzun süre aynı kalmasına rağmen, kronik kullanım, başlangıçtaki kullanımdan çok daha yüksek dozlarda tüketimle ilişkilendirilmektedir (3,4).

Koşullanma ipuçları (maddeyle ilişkili anılar) kullanımın başladığı ilk dönemlerdeki nikotin dozunun ayarlanması sırasında oluşturulur. Sigara içme isteği, araba kullanma, yemek sonrası, telefonla konuşurken veya çalışma molası gibi günlük aktivitelerle ilişkilendirilir. Sigara içen kişiler duygu durumlarını düzenleme ihtiyaçlarını sigara içmeyle ilişkilendirirler. Koşullanmanın bu kadar fazla ve güçlü olması sigara içmeye özgüdür ve bu durum sigara bağımlılığının yüksek oranlarda görülme nedenlerinden biridir (5). Sigara bağımlılığında aşırma de oldukça güçlüdür ve bırakmaya çalışanlar arasında nüks oranları oldukça yüksektir (4,5).

Sigara kullananlar arasında nikotin bağımlılık düzeyleri hafiften şiddetliye kadar değişen bir aralıkta bulunmaktadır. Sigarayı bırakabilmenin, ölçülebilen bağımlılık düzeyleriyle doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir; birçok başarısız bırakma girişimi ve yüksek düzeylerde bağımlılık arasında ilişki vardır. Aynı zamanda yüksek düzeylerde bağımlılıkla, yoksunluk şiddeti ve nüks riski arasında da

ilişki vardır. Bağımlılık bir kez oluştuğundan sonra sigara içiminin sürdürülmesiyle zaman içinde bağımlılık düzeyi değişmez (3).

### **2.3.1. Nikotin Kullanımı Tanısı**

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-V) nikotin kullanımıyla ilişkili bozukluklar "Tütünle İlişkili Bozukluklar" başlığı altında ele alınmıştır ve "Tütün Kullanım Bozukluğu", "Tütün Yoksunluğu" ve "Tanımlanmamış Tütünle İlişkili Bozukluklar" tanı kriterlerinden oluşmaktadır. (21)

#### **2.3.1.1. Tütün Kullanım Bozukluğu**

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir tütün kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak tütün alınır.
2. Tütün kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da yarattığı etkilerde kurtulmak için gerekli etkilere çok zaman ayrılır.
4. Tütün kullanmaya içinin gitmesi ya da tütün kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici tütün kullanımı
6. Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın tütün kullanımını sürdürme
7. Tütün kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda tütün kullanma
9. Büyük bir olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın tütün kullanımını sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

- a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde tütün kullanma gereksinimi
- b. Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

- a. Tütüne özgü yoksunluk sendromu
- b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için tütün (ya da nikotin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır.

Varsa belirtiniz:

**Erken yatışma evresinde:** Daha önce tütün kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, tütün kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karşılanmamaktadır.

**Sürekli yatışma evresinde:** Daha önce tütün kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, tütün kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında), 12 ay ya da daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

**Sürdürme tedavisinde:** Kişi, nikotin yerine koyma tedavisi gibi uzun süreli bir sürdürme tedavisi almaktadır ve o ilacın yer aldığı küme için tütün kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü karşılanmıyorsa (nikotin yerine koyma tedavisine dayanıklılık ya da yoksunluk dışında), bu ek belirleyici kullanılır.

**Denetimli çevrede:** Kişi tütüne ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

**Ağır olmayan:** İki-üç belirtinin olması

**Orta derecede:** Dört-beş belirtinin olması

**Ağır:** Altı ya da daha çok belirtinin olması (21)

### **2.3.2. Nikotin Yoksunluk Sendromu**

Tütün bırakılması en zor maddelerden biridir. Tütün kullanımı, büyük oranda, nikotin yoksunluk semptomlarını önleme ihtiyacı nedeniyle sürdürülmektedir (4,5).

Aniden sigarayı bırakanlarda görülen yoksunluk semptomları arasında disfori, uykusuzluk, sinirlilik, isteksizlik veya öfke, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, kalp hızında azalma, iştahta artışa bağlı kilo alma ve aşırma derecesinde sigara özlemi sayılabilir (3,4,5,6).

Nikotin yoksunluğu sırasında tepki süresi veya dikkat gibi performans ölçümleri de bozulur (4,5,6). Heimstra ve arkadaşları tarafından (1967) yapılan bir çalışmada sigara bağımlılarında sigara içmenin ani olarak kesilmesi halinde uyanıklık ve sürüş becerisinin olumsuz etkilenmesi nedeniyle güvenli ve etkili araç kullanma performansının azaldığı gösterilmiştir (4). Bu semptomlar genellikle sıkıntı vericidir ve kişilerarası işlevleri bozucu bir etkiye neden olabilir; fakat semptomlar kendi başlarına hayatı tehdit edici düzeyde değildir. Akut yoksunluk semptomları sigarayı kestikten sonraki 24 ile 72 saat içinde en üst düzeye ulaşır, bu semptomlar 3-4 hafta sürer ve sonrasında giderek azalarak ortadan kaybolur. Ancak sigara içenlerin %40'ında yoksunluk semptomları 4 haftadan daha uzun süre devam edebilir. Disfori, hafif depresyon, anhedoni, aşırma ve kilo alımı gibi belirtiler birkaç ay boyunca görülebilir. Tütünle ilişkili koşullanma ipuçlarının ortadan kalkması aylar hatta yıllar almaktadır (4,5,6).

Fiziksel bağımlılık oluşturan diğer maddelerden farklı olarak nikotin yoksunluk semptomlarının şiddeti kullanılan miktara bağlı değildir. Hem ağır hem de hafif sigara bağımlılığı olanlarda sigarayı bırakma sonrası aynı şiddette yoksunluk semptomları ortaya çıkabilmektedir (4).

#### **2.3.2.1. Tütün Yoksunluğu Tanı Kriterleri**

A. En az birkaç hafta, hergün tütün kullanma.

B. A tanı ölçütünde tanımlanan tütün kullanımının bırakılmasından ya da ölçüsünün azaltılmasından sonraki 24 saat içinde, aşağıdaki dört (ya da daha çok) belirti ya da bulgunun gelişmesi:

1. Kolay kızma, engellenmişlik duygusu ya da öfke.
2. Bunaltı
3. Odaklanma güçlüğü

4. Yeme isteğinde artma

5. Huzursuzluk

6. Çökkün duygudurum

7. Uykusuzluk

C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu belirtiler ve bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve esriklik ya da başka bir madde yoksunluğu da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (21).

#### **2.4. Nikotin Kullanımının Ruh Sağlığıyla İlişkisi**

Sigara bağımlılığının, duygudurum, psikoz, anksiyete bozuklukları, madde bağımlılığı ve kişilik bozuklukları gibi ruhsal hastalıkları olan kişiler arasında daha yaygın olduğu bilinmektedir (6,7,22,23,24) Diğer taraftan bu psikiyatrik bozukluklar da sigara içen kişilerde, hiç içmemiş veya bırakmış olan kişilere göre, daha sık görülür. Bu ilişkinin sigara içmek ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkili genetik etkileri paylaşmak, bir psikiyatrik bozukluğun nikotinle düzelmesi ve diğer hastaları model alma gibi birkaç olası nedeni vardır. Psikiyatrik hastaların nikotinin anksiyolitik, anoreksik, agresyon giderici, antidepresan ve biliş artırıcı etkilerine yönelik özel bir gereksinimleri olabileceği düşünülmektedir (6).

Sigara içme davranışının nevrotik belirtiler, olumsuz duygulanım, umutsuzluk ve olumsuz duygusal stresle ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu psikolojik yapılar, psikotizm dışı, psikiyatrik bozukluklara yönelik artmış yatkınlığın göstergeleri olarak kavramsallaştırılmaktadır. Özellikle sigara içme nedeni olarak olumsuz duygulanımı gösteren kişiler sigarayı bırakma girişimlerinde başarısız olmaktadır. Sigarayı bırakmış kişiler için ise, olumsuz duygulanım en sık yeniden sigaraya başlama nedeni olmaktadır (22,23)

Sigara içme ve psikopatoloji arasındaki nedensel ilişkinin yönü henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Fakat boylamsal çalışma sonuçları depresyon ve anksiyete bozuklukları ile sigara içme arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğunu ileri

sürmektedir. Sosyoekonomik özellikler, sosyal izolasyon, yenilik arayışı, çocukluk çağı sorunları, kötü yaşam olayları gibi karıştırıcı değişkenlerin kontrol edildiği çalışmalarda da depresyon ve anksiyete bozukluklarının sigara içmeyle ilişkili olduğu bulunmuştur. (25).

#### **2.4.1. Depresyon ve Sigara İçme**

Depresyon ve nikotin kullanımı arasında çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Sigara bağımlılığı depresif belirtiler ve majör depresyon gelişme riskini arttırdığı gibi majör depresyon da sigaraya başlama ve bağımlılık riskini arttırmaktadır. Çalışma sonuçları nikotin bağımlısı kişilerde yaşam boyu majör depresyon görülme oranlarının, bağımlı olmayan kişilere göre, daha yüksek olduğunu göstermektedir (20,22,23). Benzer şekilde majör depresyon öyküsü olan kişilerin nikotin bağımlılığı geliştirme olasılıkları yüksektir; araştırma sonuçları majör depresyondan daha az şiddetteki depresif belirtilerin de nikotin bağımlılığı için bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır. Bazı klinik çalışmalar, transdermal bant yoluyla uygulanan nikotinin, sigara içmeyen depresif hastalarda depresyon belirtilerini azalttığını, sigara içenlerde ise kişi tarafından bildirilen depresyon belirtilerini hafiflettiğini bildirmektedir (20). Beck Depresyon Envanterinin kullanıldığı çeşitli çalışmalar sonucunda da depresyon puanları ile sigara içme arasında ilişki olduğu ve sigara içen katılımcıların depresyon puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur (26,27).

Depresif semptomları tetikleyen bir diğer etmen ise nikotin yoksunluğudur; dolayısıyla nikotin, olumsuz duygulanımı azaltma ve antidepresif etkileri nedeniyle, depresif bireyler tarafından bir kendini tedavi etme aracı olarak kullanılmaktadır. (20,23).

#### **2.4.2. Anksiyete Bozuklukları ve Sigara içme**

Çeşitli çalışmalar sigara içme ve anksiyete bozuklukları arasında ilişki olduğunu göstermektedir (23). Araştırma sonuçları anksiyete bozukluğu olan hastaların, kontrol grubuna göre, daha yüksek oranda sigara içtiğini ve nikotin bağımlılığı tanısı alanlarda anksiyete bozukluklarına daha sık rastlandığını ortaya koymaktadır. Sigara içme özellikle post travmatik stres bozukluğu (PTSB) ve panik bozukluk geliştirme riskini arttırmaktadır (20). 15 ile 54 yaş arası 4411 katılımcıyla

gerçekleştirilen bir araştırmada sigara içme oranları, herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan kişiler arasında %22.5, PTSB hastalarında %44.6 ve genel anksiyete bozukluğu hastalarında ise %54.6 olarak bulunmuştur (28). Erken dönemde sigara maruziyeti de hayatın ileri dönemlerinde anksiyete bozukluğu geliştirme riskini arttırmaktadır. Anksiyete bozuklukları sigarayı bırakmayı da zorlaştıran bir etmendir. Hayat boyu anksiyete bozukluğu olan sigara içicilerinin, olmayanlara göre, sigara bırakma oranları daha düşüktür ve daha şiddetli yoksunluk semptomları bildirmektedirler. Ayrıca bu kişiler nikotin yoksunluğuna yönelik farmakoterapiye daha dirençli olmaktadırlar (20).

### **2.4.3. Psikotik Bozukluklar ve Sigara içme**

Sigara içme ve psikozlar, özellikle de şizofreni, arasında bir ilişki olduğu bilinmesine rağmen psikozlu bireylerin sigara içme oranlarının neden toplumun geri kalanından daha yüksek olduğu açık değildir. Sigara içme ve psikozlar arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışan teoriler kendi kendine ilaç verme görüşüne, şizofreninin negatif ve bilişsel belirtilerinin önlenmesine veya sıkıntı ve stres giderici etkilerine odaklanmaktadır. (29)

Şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalarda sigara içme oranları %74 ile %88 arasında değişmektedir. Yatarak tedavi alan şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada erkek şizofrenlerin %92'sinin, kadın şizofrenlerin %82'sinin sigara içtiği bulunmuştur (23). Konuyla ilgili Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise Yıldız ve meslektaşları (2010) şizofreni hastalarının sigara içme oranını %57, Ekinci ve Ekinci (2012) ise %67 olarak bulmuştur (30,31)

Çalışmalar şizoaffektif bozukluğu olan kişilerde de sigara içme sıklığının yüksek olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla şizofreni, nikotin bağımlılığı için önemli bir risk faktörüdür (20)

Literatürde sigara içmenin psikotik hastalık geliştirme riskini arttırabileceğine yönelik çalışma sayısı azdır. Gurillo ve meslektaşları (2015) kapsamlı literatür incelemelerinde, günlük tütün kullanımı ile psikotik bozukluk geliştirme riskinde artış ve psikotik hastalığın daha erken yaşta başlaması arasında bir ilişki olduğunu sonucuna varmışlardır (29).

## 2.5. Stres

Modern hayatın en önemli sorunlarından biri olan stres, çok farklı disiplinler tarafından araştırılan bir kavramdır. Günümüzde daha sık olarak sağlık bilimleri tarafından çalışılmakta olan stres konusuna sosyolojide, iktisatta, siyasal ve eğitim bilimlerinde de rastlamak mümkündür (9). Pek çok araştırmacıya göre stres kavramına olan ilgi aslında yeni değildir. Daha önce anksiyete, çatışma, engellenme, duygusal örselenme, travma ve yabancılaşma gibi kavramlarla ifade edilen durumlar stres kavramının çatısı altında çalışılmaya başlanmıştır (9).

Stres eski çağlardan beri insan yaşamında var olan bir olgudur. Eski çağlarda doğa koşullarına karşı hayatta kalma mücadelesinin neden olduğu stres ile günümüzde yaşanan stres arasında pek bir fark bulunmamaktadır. Zamanla stres yaratan koşullar değişse de strese verilen tepkiler aslında aynı kalmaktadır. (32).

Günümüzde stres kavramı kimi zaman çevresel (dışsal) uyaranları, kimi zaman da içsel duygu ve tepkileri (stres tepkisi) tanımlamak için kullanılmaktadır. Fakat kavram çoğunlukla hem çevresel uyaranlar hem de bunlara verilen tepkileri içeren şekilde kullanılmaktadır (32).

Zorluk, sıkıntı anlamındaki stres kavramı ilk olarak 14. yy'da kullanılmıştır. Stres teriminin günümüzdeki kullanımına benzer bir tanımına 16 ve 17. yy'daki Oxford İngilizce Sözlüğü'nde rastlamak mümkündür (33). Ancak stres kavramının teknik önemini kazanması 17. yy'da fizikçi-biyolog Robert Hooke'un çalışmaları sayesinde olmuştur (8,32,34). Hooke stresi nesne ile ona uygulanan dış güç arasındaki ilişkiyi açıklamak için kullanmıştır. 18. yy'da Thomas Young isimli bir başka fizikçi ise stresi maddenin kendi içinde bir güç veya direnç olarak tanımlamış ve maddenin kendi üzerinde uygulanan dış güce kendi direnci oranında bir tepki gösterdiğini belirtmiştir. Elastiki kütle dış güce karşı eğilip bükülerek onu dengelemeye ve uyum yapmaya çalışır. Eğer dış güç elastiki kütle için direncinden büyükse niceliksel bir değişme meydana gelir; fakat dıştan gelen güç aşırı büyükse niteliksel değişme meydana gelir (32,34). Fizikten diğer disiplinlere geçişi sırasında kavramın kullanımı değişmesine rağmen, Hooke'un analizi ileriki dönemlerde fizyoloji, psikoloji ve sosyoloji alanlarında kullanılan stres modellerini oldukça etkilemiştir (8).

Stresin kavramsallaştırılmasıyla ilgili yaklaşımlardan bazıları stres yaratan faktörlere odaklanmış ve fiziksel uyaranları öne çıkarmış; bazıları ise psikososyal uyaranları öne çıkarmış ve stres yaratan dış uyaranların yanında bireyin içsel psikik süreçlerinin rolü vurgulanarak bilişsel açıklamalara gidilmiştir (35).

19. yy'ın ikinci yarısında stres kavramını bugünkü içeriğine benzer şekilde ele alan ilk kişi fizyolog Claude Bernard olmuştur. Bernard'a göre canlı organizma, dış çevre değişikliklerine rağmen iç çevresindeki oldukça devamlı bütünlüğü korumak zorundadır. İç çevrenin dengeli olması özgür ve bağımsız bir hayat için şarttır (36). Bernard'ın iç çevre kavramı, daha sonra Walter Cannon tarafından öne sürülen homeostaz kavramının altında yatan temel prensiptir (37).

Cannon'a göre homeostaz, organizmada sabit düzeni sağlamak üzere bir bütün olarak çalışan bedensel mekanizmaların kurduğu dengedir. Homeostaz organizmanın dengesini koruma özelliğini anlatmak için kullanılmakta, dış güçler veya yıkıcı bir ajanın etkisinde kaldıktan sonra canlının esas yapılarını yeniden kurma eğilimlerini ifade etmektedir (36). Stres ise soğuk, oksijen eksikliği, düşük kan şekeri, heyecan gibi çok çeşitli koşullarda homeostazda meydana gelen bozulma sonucu ortaya çıkan "savaş veya kaç" tepkisi olarak düşünülmektedir (9,32,36).

Savaş veya kaç tepkisi organizmanın karşılaştığı bir tehdit karşısında ortaya çıkmaktadır. Tehdit karşısında ortaya çıkan stres, organizmada hem bedensel hem de psikolojik düzeyde bir takım değişikliklere neden olmaktadır. Bedensel değişiklikler tüm insanlarda aynı basamaklardan geçmekte iken, psikolojik düzeydeki değişiklikler, kişisel özellikler ve çevresel koşullardan etkilenmekte, dolayısıyla bireysel farklılıklar göstermektedir. Bedensel düzeydeki stres tepkisi, yani savaş veya kaç, stres yaratan koşullardan bağımsız, sabit bir tepkidir. Bu tepki nedeniyle organizma hayatını sürdürmeye yönelik bir dizi faaliyette bulunmaktadır (36).

### **2.5.1. Stresin Psikofizyolojisi**

Genel olarak stresin sağlığımız için kötü olduğu varsayılsa da, fizyolojik stres tepkilerinin çoğu aslında kriz durumunda hayatta kalmamızı sağlayacak şekilde evrimleşmiştir. Stres tepki sistemimizi, onların avantajına işlemeye devam eden, diğer türlerle de paylaşmaktayız. Fakat insanların modern dünyada karşılaştıkları stresörler ile diğer hayvanların karşılaştıkları aynı olmamakta, dolayısıyla aynı tür

fizyolojik tepkiler gerektirmemekte, yine de insanlar diğer türlerle aynı fizyolojik stres yanıtı göstermeye devam etmektedir (33).

Stresörün şiddeti ve süresine göre faaliyet gösteren iki fizyolojik yanıt sistemi bulunmaktadır. Sistemlerden biri sempatik adrenal medullar sistem, diğeri ise hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksıdır; her iki sistemde hipotalamus tarafından kontrol edilir. Bu iki sistem birlikte kardiyovasküler ve immun sistem aktivitelerini düzenler. Bu sistemlerin düzenlenmesi yoluyla, stresörlere verilen psikolojik tepkinin vücuda ve sağlığa doğrudan etkisi olmaktadır (33).

Stres ister gerçek bir tehlikeye karşı, ister herhangi bir uyarının kişi tarafından tehdit olarak algılanmasına bağlı ortaya çıksın sempatik sistemin faaliyeti büyük ölçüde artmaktadır. “Savaş veya kaç” tepkisi olarak da adlandırılan bu durum organizmanın yüksek bir enerji boşalımını ve fiziki bir mücadelesini içeren bir dizi bedensel değişikliğe neden olmaktadır (38).

Organizmada tehdit algısı oluştuğu zaman biyokimyasal maddeler aracılığıyla anatomik yapılar üzerinden çalışan fizyolojik bir tepki oluşur. Strese yol açan uyarın hipotalamusa taşınır (38). Hipotalamus kan basıncı, vücut ısısı, açlık-tokluk, susuzluk, öfke, korku, heyecan, acı/ağrı gibi birçok fonksiyonu düzenler. Bu bölge, özellikle psikososyal, duygusal ve bilişsel ipuçlarına duyarlıdır ve stres karşısında “savaş veya kaç” tepkisini başlatır (39). Hipotalamus otonom sinir sistemi ve hormon sisteminin özelleşmemiş stres tepkisini vermesinde esas rol oynar. Eğer stres uzun süre devam etmezse tepki otonom sinir sistemi düzeyinde kalır. Fakat stres uzun sürerse hormon sistemi faaliyetini sürdüren hipofiz bezi devreye girer (38). Hipofiz vücuttaki önemli salgı bezlerinin aktivitelerini düzenler; endokrin sistemin merkezidir. Hormonlar hipofiz bezinde üretilir ve salgılanır (39).

Otonom sinir sisteminin sempatik bölümü doğrudan düz kaslara ve iç organlara ulaşır; kalp atım sayısı ve kan basıncının yükselmesi gibi bedensel değişikliklere yol açar. Sempatik sistem aynı zamanda adrenal medullayı uyarır (38). Adrenal medulla hipotalamusa sempatik sinirlerle bağlıdır. Hipotalamus uyarıldığı zaman omurilikten çıkan sinirler asetilkolin salgılayarak medullayı uyarır ve epinefrin hormonu salgılanır (39). Epinefrinin kaslar ve organlar üzerine etkisi, sempatik sistem üzerinden gelen etkinin aynısıdır; yani kalp atım sayısı artar, kan basıncı yükselir. İki kanaldan kaslara ve organlara ulaşan bu uyarınlar uyarılmayı ve canlanmayı devam

ettirir. Yine adrenal medullanın uyarılmasıyla boşalan norepinefrin ise karaciğerden şeker salınımına yol açar (38).

Hipotalamusun bir diğer fonksiyonu ise adrenokortikal sistemi harekete geçirmektir. Bu hareket hipofizden çıkan sinyaller yoluyla adrenokortikotrofik hormonun (ACTH) salınımına yol açar (38). ACTH tüm stres tepkisindeki en önemli hormondur. ACTH büyük kan dolaşımı yoluyla adrenal korteksi uyarır ve kana kortikoid hormonları salgılanır. Trofik hormonlar doğrudan organı uyarmaz; ama organı uyaracak olan hormonun salgılanmasını sağlar. Stres tepkisini bu hormonların faaliyetleri oluşturur. Adrenal korteksin iki temel salgısı mineralokortikoid ve glukokortikoiddir. Mineralokortikoidler vücuttaki su ve tuz dengesini düzenler; stres tepkisi sırasında kendisini artan kas faaliyetine ve ısı kaybına hazırlar. Glukokortikoidler ise kortizol, kortikosteron ve kortizon olarak üç türden oluşur. Bunlardan en önemli ve yüksek miktarda salgılanan kortizoldür. Kortizol stres tepkisi sırasında ya da aşırı aktiviteden normale dönme aşamasında enerjiyi arttırarak metabolizmayı etkiler. Bu etkiyi protein ve yağları glukozaya ve glukojene çevirerek yapar (39). Kan ve idrardaki kortizol düzeyleri, stres düzeyini belirlemede kullanılan en önemli fizyolojik ölçümlerden biridir (38).

### **2.5.2. Stresi Açıklayıcı Kuramlar**

Literatürde stres kavramını açıklayama yönelik geliştirilen birçok kuram bulunmaktadır. Bu kuramlar biyolojik, psikolojik ve sosyal temelli kuramlar olarak sınıflandırılabilir (32,33).

Biyolojik kuramlar strese karşı vücudun nasıl tepki verdiğiyle ilgilenirken, psikolojik kuramlar kişilik özellikleri, beklentiler ve yorumların bir uyarının stres verici olarak algılanmasına olan etkileriyle ilgilenmektedir. Sosyal temelli kuramlar ise stresi daha çok gruplar içindeki çatışmaya, güç ve paranın eşitsiz dağılımına dayanarak açıklamaya çalışmaktadırlar (32).

Biyolojik kuramların en önemlilerinden biri Hans Selye tarafından ortaya atılmıştır. Stresle ilgili kapsamlı araştırmalar yapan ilk kişi endokrinolog Hans Selye'dir. Selye 1936 yılında çeşitli deney hayvanlarıyla yaptığı çalışmalar sonucu, enfeksiyon, zehirlenme, travma, sıcak, soğuk, kas yorgunluğu, x ışınları gibi çeşitli ajanlara organizmanın stereotipik tepkiler verdiğini bulmuştur. Tüm bu ajanların

ortak noktası bedeni stres durumuna sokmalarındır. Selye bu etkiyi daha sonra “Genel Adaptasyon Sendromu” (GAS) olarak adlandırmış ve “Sistemik Stres Teorisi”ni geliştirmiştir (40).

1950’lerde Lazarus ve meslektaşları tarafından stresli koşulların herkeste aynı düzeyde tepkiye yol açmadığı bulunmuştur. Bazı kişiler için yüksek düzeyde stres yaratan koşulların diğer kişilerde daha az düzeyde strese neden olabildiği görülmüştür. Buradan hareketle stres yaratan koşul, yani stresör, ve tepkiyi etkileyen bireysel farklılıklar bulunduğu sonucuna varılmıştır (8).

Günümüzde dışsal istekler (stresör) ve içsel süreçler (stres) arasındaki spesifik ilişkiye odaklanan teoriler iki farklı kategoride gruplanabilmektedir. Bunlardan biri fizyoloji ve psiko-biyolojiye dayanan “sistemik stres” yaklaşımı, diğeri ise bilişsel psikoloji alanı içinden ortaya çıkan “psikolojik stres” yaklaşımıdır (41).

#### **2.5.2.1. Sistemik Stres Teorisi**

Erken dönem araştırmalarında Selye, stres tepkisinin en önemli belirtilerinin, sıklıkla yaralanma ve şok durumunun diğer belirtilerinin eşlik ettiği, histolojik düzeyde hiperaktivite belirtileriyle adrenokortikal büyüme, timus ve lenf bezlerindeki etki nedeniyle kan değerlerinde bazı değişimler ve gastrointestinal ülserler olduğunu görmüştür. Selye adrenal tepkinin spesifik olmayan uyum tepkisinde yararlı bir rol oynadığından şüphelenmiş ve bu durumu vücudun savunma güçlerini göreve çağırması olarak görerek “alarm tepkisi” olarak belirtmiştir (40). Daha sonra alarm tepkisinin organizma tarafından strese verilen yanıtın tamamı olmadığı, alarmı direnç ve tükenme dönemlerinin izlediğini bulmuştur (36,40).

Selye’nin teorisinde stres tepkisi GAS olarak anılmakta ve üç aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşama olan alarm tepkisi dış uyarının stres olarak algılandığı dönemdir. Organizma bu dönemde şoka ve karşı-şoka girer. Şok aşaması zararlı bir ajana karşı verilen ilk ve ani tepkidir. Bu aşamada vücut ısısı ve kan basıncı düşer, kalp duracakmış gibi olur. Bu durumu savunma güçlerinin harekete geçtiği karşı-şok aşaması takip eder. Organizma durumla başa çıkabilmek için aktif fizyolojik girişimlerde bulunur. Bu aşamada amaç mücadele ederek veya kaçarak organizmayı korumaktır (36,38,40).

Alarm tepkisini izleyen direnç döneminde vücudun direnci normalin üzerine çıkar ve stresöre tam uyum sağlanarak belirtiler ya düzelir ya da ortadan kalkar. Organizma yüz yüze kaldığı tehdide yönelik direncini yükseltmiştir; fakat diğer stres vericilere karşı direnci düşer. Direnç dönemi başarıyla atlatılırsa beden normal koşullarına döner, başarısız olunursa beden kuvveti azalır ve organizma çökmeye başlar (36,38,40).

Stres yaratan durum çok ciddi ve uzun süreli ise organizma için, son dönem olan, tükenme dönemi başlar. Bazen bu dönemde alarm tepkileri tekrar ortaya çıkar. Her canlının uyum yeteneği ile enerjisi farklı ve sınırlıdır. Uyku ve dinlenme vücudu onarabilir ama devam eden ve başa çıkarılamayan stresler karşısında denge bozulur, uyum enerjisi biter. Bunların ardından tükenme ve bitkinlik nöbetleri görülür. Ayrıca bu hastalıklara da açık olunan bir dönemdir (36,38,40).

Selye yıkımı “adaptasyon hastalığı” olarak tanımlamıştır. Sonunda bedensel tükenme ve ölüm meydana gelir. Eğer beden savunması streslere karşı koyabiliyorsa genel uyum belirtisi iyi çalışıyor demektir. Psikosomatik sonuçların ortaya çıkmasında üç önemli faktör etkilidir. Bunlar stresin şiddeti, kronikleşmesi ve genel uyum belirtisinin hangi aşamada olduğudur. Selye’ye göre sabit adaptasyon enerjisinin zamanlara aşınması sonucu yaşlanma gerçekleşmektedir (36).

#### **2.5.2.1.1. Olumlu ve Olumsuz Stres**

1970’li yıllardan itibaren yıkıcı stresler ile yapıcı stresler arasında ve olumlu zorlanmalarla olumsuz zorlanmalar arasında bir ayırım yapılmaya çalışılmış ve bu ayırım olumlu ve olumsuz stres kavramlarıyla tanımlanmıştır (36).

Selye ilk başlarda her stresöre yönelik genel, spesifik olmayan bir fizyolojik tepki olduğunu düşünmesine rağmen, daha sonra olumlu ve olumsuz stres kavramlarına, merkezine sağlığı aldığı, bir ayırım yapmıştır. Olumlu stres haz, zevk, memnuniyet, tatmin duygusu gibi olumlu duygular ve sağlıklı vücut durumlarıyla ilişkili, iyi tür bir strestir. Olumsuz stres ise nahoş, sağlıksız veya zarar verici olaylar gibi olumsuz duygular ve bozulmuş vücut durumlarıyla ilişkili kötü bir strestir (8,42). Fakat Selye, psikolojik ve fizyolojik olarak, farkın ne olduğunu açıkça belirtmemiştir. Ancak GAS’la ilgili görüşlerinden hareketle farkın, bir kısmı koruyucu (anabolik), bir kısmı ise yıkıcı (katabolik) olan, kortikosteroidlerden kaynaklandığı varsayılabilir (8).

Selye'ye göre (1974) karar verme sorunu da bazı kişiler için oldukça zor bir görev olmakta ve olumsuz stres kategorisine girmektedir. Diğer taraftan karar vermede zorlanma stres altındaki kişilerin en karakteristik belirtisidir; çünkü bu kişiler karar vermeyi çok zor bulmakta ve ancak zorlandıkları zaman bir karara varmaktadırlar. Benzer şekilde stres altındayken bazı konulara konsantre olma becerisi de tipik olarak bozulmaktadır (42).

Başına niteleyici bir sıfat koymadan kullanıldığında stres terimi genellikle çoğu kişinin aklına olumsuz stresi getirmektedir (42). Fakat aslında bu zorlanmalar insanlığı yenileri aramak, çalışmak ve yaratmak konusunda harekete geçirmektedir. Bu yönüyle stresler bireyi ileriye götürücüdür. Modern yaşam bir taraftan fiziksel ve psikososyal stresleri arttırırken diğer taraftan hayatı kolaylaştıran pek çok faktörü beraberinde getirmektedir (36).

#### **2.5.2.2. Bilişsel Transaksiyonel Model**

Bilişsel görüşe göre stres, birey çevre etkileşiminde kişinin uyumunu tehlikeye düşüren, varolan kaynaklarını zorlayan ya da aşan çevresel taleplerdir. Bu durumda kişinin durumu anlamlandırması, stres deneyimleyip deneyimlemeyeceğinin ana belirleyicisidir. Bilişsel psikolojiye göre önemli olan olayların kendisinden çok kişinin bunları algılama şeklidir. Dolayısıyla olayı ve onunla baş etme gücümüzü nasıl algıladığımız, olayı stres verici ya da vermeyici olarak tanımlamamızı sağlamaktadır (32).

Bilişsel transaksiyonel kuramın en dikkat çeken ismi psikolog Richard Lazarus'tur (32). Lazarus ve Folkman tarafından geliştirilen bilişsel transaksiyonel stres modelinde bilişsel stres ve başa çıkma olarak iki süreç varsayılmakta, karşılaşılan olayların bilişsel değerlendirmesi baş etme çabalarını belirlemektedir (43). 1966 yılında Lazarus, insan ve hayvan adaptasyonunda oldukça önemli olan, çeşitli olayları anlamada stresin düzenleyici bir kavram olarak görülmesi gerektiğini ileri sürmüştür. Stres tek bir değişken değil, pek çok değişken ve süreci içeren bir süreçtir (9).

Psikologlar tarafından sıklıkla benimsenen stres tanımı, stresin bir uyarıcı olduğudur. Stres uyaranları, sıklıkla kişiyi etkileyen olaylar olarak düşünülmektedir.

Peki ne tür çevresel olaylar, stres uyararı olarak görülmektedir sorusuna Lazarus ve Cohen (1977) üç tür olayın stres uyararı olarak değerlendirebileceği cevabını vermiştir: Afet gibi, çok sayıda kişiyi etkileyen büyük değişiklikler, az sayıda veya tek kişiyi etkileyen büyük değişiklikler ve günlük zorluklar. Birinci tür olaylar evrensel olarak stres ve verici ve kimsenin kontrolünde olmayan olaylardır. Bunlar arasında doğal afetler, savaş gibi insan eliyle gerçekleşen felaketler, hapsedilme sayılabilir. İkinci tür olaylar arasında ise sevilen bir kişinin ölümü, hayatı tehdit eden bir hastalık veya boşanma sayılabilir. Günlük hayatımız da, hayattaki rollerimizden doğan, daha az dramatik stresli deneyimlerle doludur. Bunlar insanı rahatsız eden ve strese sokan günlük zorlanmalar olarak adlandırılmıştır. Günlük zorlanmalar, büyük değişiklikler kadar dramatik olmasalar da, bazen adaptasyon ve sağlık açısından daha önemli olabilirler (9).

Lazarus'a göre "psikolojik stres kişi ve çevre arasında, kişinin kaynaklarını zorlayan veya aşan ve iyilik halini tehdit eden şekilde algılanan, özel bir ilişkidir." Bilişsel değerlendirme teorisinde, farklı kişilerde psikolojik stresin nedenlerini açıklamak amacıyla, kişi-çevre ilişkisinde aracılık eden iki kritik sürecin değerlendirilmesi yapılmıştır. Bunlar değerlendirme ve baş etmedir. Bilişsel değerlendirme, insan ve çevre arasındaki belirli bir işlem veya işlem dizisinin neden ve ne ölçüde stresli olduğunu belirleyen bir değerlendirme sürecidir. Baş etme ise bireyin, stresli olarak algılanan kişi-çevre ilişkisinin taleplerini ve bunların doğurduğu duyguları, yönetme sürecidir (9).

#### **2.5.2.2.1. Bilişsel Değerlendirme**

Bazı çevresel talepler ve baskılar pek çok kişide stres yaratmasına rağmen, stres tepkisinin derecesini ve türünü bireysel ve grup farklılıklarının belirlediği açıktır. Bazı tür olayların yorumlanması ve bunlara verilen tepkiler kadar, olaylara yönelik hassasiyet ve incinebilirlik noktasında da insanlar ve gruplar birbirlerinden farklılaşmaktadır. Benzer şartlarda, örneğin, bir kişi öfke duyarken, diğeri depresyona girmekte bir diğeri ise anksiyete veya suçluluk sergileyebilmektedir; aynı olayı bir kişi meydan okuma olarak bir diğeri ise tehdit edilmek olarak değerlendirebilmektedir. Bir kişi kendisine yönelik bir hakareti görmezden gelirken bir diğeri öfkelenip intikam almayı planlayabilir. Olaylara verilen tepkiler kadar baş etme yolları da farklılaşmaktadır. Benzer şartlarda bireyler arasındaki farklılaşmayı

anlayabilmek için kişi ve tepki arasındaki bilişsel s¼reçler ve bu s¼reçlerin doğasını etkileyen fakt¼rler ele alınmalıdır; ç¼nk¼ bilişsel s¼reçler ve bunları etkileyen fakt¼rlerin ele alınması benzer koşullara verilen farklı tepkilerin anlaşılmasına ışık tutmaktadır.(9).

Değerlendirme s¼recini anlamının önemli olmasının bir diğer nedeni ise, hayatta kalmak ve gelişmek için, insanların zararsız ve zararlı durumlar arasında bir ayırım yapmak zorunda olmalarıdır. Bu ayrımlar çoğunlukla girift, karmaşık ve soyuttur. Yine bu ayrımlar, d¼nya ve kendimiz hakkında deneyimlerle öğrendiklerimizle güçlenen ve sembolik aktivite yapabilecek şekilde gerçekteşen beynin evriminin mümkün kıldığı, oldukça çeşitli ve etkili bilişsel sisteme dayanmaktadır. Hatta başarılı adaptasyon ve insanın iyi olma duyumu bu tür değerlendirici algılamalar yapma becerisine dayanmaktadır (9).

Bilişsel değerlendirme basitçe, bir karşılaşmayı, iyilik halimiz için anlamına göre, tüm yönleriyle sınıflandırma s¼reci olarak d¼ř¼n¼lebilir. Tek başına bilgi işleme s¼reci değildir ancak b¼yle bir s¼rece benzemektedir. Bilişsel değerlendirme bilgi işlemeden ziyade, anlam veya öneme odaklanan ve uyanık olunan s¼re boyunca s¼rekli gerçekteşen, bir değerlendirme s¼recidir (9).

T¼m bu çalışmalar ışığında bilişsel değerlendirme teorisinde, durumu tanımlamamıza yardımcı fakt¼rlerle ilgili birincil ve ikincil değerlendirme şeklinde temel bir ayırım yapılmıştır (9,36). Fakat bu ayırım birincil değerlendirmenin ikincilden daha önemli veya zaman olarak daha önce gerçekteştiğini ifade etmemektedir (9).

Birincil değerlendirme yaşanılan durumun algılanması ve kişi için ne anlama geldiğinin değerlendirilmesidir. Bu d¼nem yaşantının anlamını keşfetme d¼nemidir. (36). Üç tür birincil değerlendirme vardır: 1. İlişkisiz, 2. Yararlı-olumlu, 3. Stresli. Kişi ve çevre arasındaki etkileşimin kişinin iyilik haline herhangi bir etkisi yoksa ilişkisiz olarak değerlendirilir.

Kişi ve çevre arasındaki etkileşim kişinin iyilik halini koruyor veya arttırıyorsa bu durum yararlı-olumlu olarak değerlendirilir. Bu tür değerlendirmeler neşe, sevgi, mutluluk, canlılık, sakinlik gibi keyif veren duygularla sınıflandırılır. Ancak bir derecede endişe içermeyen, tamamen yararlı-olumlu değerlendirme nadiren

gerçekleşmektedir. Bazı insanların iyi duyguların daima kötü sonuçlanacağına dair bir düşüncesi vardır; dolayısıyla bu kişiler için yaralı-olumlu değerlendirmeler suçluluk veya anksiyete yaratabilir.

Stres değerlendirmeleri zarar/kayıp, tehdit ve meydan okumayı içermektedir. Zarar/kayıp ciddi bir yaralanma veya hastalık, öz veya sosyal saygının zedelenmesi veya kişinin sevdiği birinin kaybı gibi durumların neden olduğu psikolojik hasarı ifade etmektedir. Tehdit gerçekleşmesi yakın olan fakat henüz gerçekleşmemiş hasarla ilgili beklentilerdir. Gerçekleşen zarar/kayıplar daima bir tehdit de içermektedir; çünkü her zarar/kayıbın geleceği de etkileyen sonuçları bulunmaktadır. Stres değerlendirmelerinin üçüncü türü olan meydan okuma, baş etme mekanizmalarımızı harekete geçirerek etkin şekilde üstesinden geleceğimize güvendiğimiz, zorlu istekler sonucu ortaya çıkmaktadır. Meydan okumanın farkı, bir karşılaşmanın yaratacağı olası kazanç ve büyümeye odaklanması ve dolayısıyla heyecan, heves, coşku gibi duygulara neden olmasıdır. Tehdit ise olası zararları merkez almakta korku, kaygı ve öfke gibi olumsuz duygulara neden olmaktadır. Meydan okuma ve tehdit bilişsel ve affektif içerikleri sayesinde birbirinden ayrılabilir de aynı anda meydana gelebilirler (8,9).

Birincil değerlendirme sonucu kişi olayı, iyilik durumuna zarar verici bir stres olarak algılamışsa ikincil değerlendirme aşaması ortaya çıkar ve kişi olayı yönlendirme ve olayla baş etme yollarını aramaya başlar (9,36). İkincil değerlendirme stresli olayların kritik bir faktörüdür; çünkü stresli olayın sonucu, tehlikenin ne olduğu kadar, olayla ilgili neler yapılabileceğine bağlıdır (9).

İkincil değerlendirme sadece neler yapılabileceğinin belirlendiği entelektüel bir aktiviteden fazlasıdır. Hangi baş etme seçeneklerinin mevcut olduğunu, belirli bir seçeneğin başarılıp başarısız olacağını ve kişinin belirli bir stratejiyi etkili şekilde uygulayıp uygulayamayacağını dikkate alan, karmaşık bir değerlendirme sürecidir (9).

Baş etme seçenekleriyle ilgili ikincil değerlendirmeler ve tehlikeyle ilgili birincil değerlendirmeler birbiriyle etkileşerek stres derecesini belirlemektedir (9). Değerlendirmeler sonucu baş etme mekanizmaları yetersiz bulunursa tam bir stres söz konusu olmakta ve hem fiziksel hem de psikolojik düzeyde stres tepkisi ortaya çıkmaktadır (36).

Yeniden değerlendirme, çevreden ve/veya kişinin kendi tepkilerinden kaynaklanan yeni bilgi temelinde, önceki değerlendirmenin değiştirilmesidir (9).

Bilişsel yeniden değerlendirme içinde genellikle temel kurallar korunarak veya çok gerekli ise değiştirilerek, amaca uygun yeni bilişsel yapılanmalar kurulur. Bu işlemler basit anlamda geri bildirim almaktan farklıdır; çünkü bilişsel yeniden değerlendirme çevresel bilgileri temel alarak karşılaşılan dirençleri ya da bireysel sınırlılıkları, engellemeleri ve o ana kadar yürütülen başa çıkma yöntemleri ile ulaşılan kişisel tepkilere bağlı değerlendirmelerin değişimini ifade etmektedir (43).

### **2.5.3. Stres ve Sigara İçme Arasındaki İlişki**

Hayvan ve insanlarla yürütülen laboratuvar çalışmaları, epidemiyolojik araştırmalar ve tedavilerin etkinliğiyle ilgili yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, sigara içmeye ve bıraktıktan sonra tekrar sigaraya başlamaya neden olan birincil mekanizmanın stres olduğunu göstermektedir (44).

Algılanan stres kişinin yaşam olaylarını ne derecede öngörülemez, kontrol edilemez ve genel olarak aşırı yüklü olarak değerlendirdiği olarak tanımlanmaktadır (45,46). Stresin değerlendirilmesi sürecinde kişinin baş etme mekanizmaları da algılanan stres düzeylerini etkilemektedir. Birçok araştırmacıya göre sigara, stresten kurtulma, rahatlama ve gevşeme aracı olarak kullanılmakta, yani stresle baş etmeyi sağlamaktadır (47,48,49,50). Dolayısıyla algılanan stres ile sigara içme davranışı arasında güçlü bir ilişki vardır.

Sigara içmek kişilerin duygudurumlarını kontrol etmelerini de sağlamaktadır. Sigara içen kişilere gün içindeki duygudurumları sorulduğunda tipik olarak, sigara içtikleri andaki normal duygudurumu, sigara içmedikleri zamanlarda stresin arttığı dönemlerin izlediği, dalgalanmalı bir duygudurum örüntüsü bildirmektedirler. Bu duygudurum dalgalanmaları bağımlılık düzeyi yüksek kişilerde daha güçlü olmaktadır (48,49). Algılanan stres ile sigara içme arasındaki ilişki, duygulanım süreçleri ve bunların düzenlenmesini de etkilemektedir (51).

Araştırma sonuçları sigara içenlerin, içmeyen ve bırakmış olan kişilerden daha yüksek düzeyde algılanan stres yaşadıklarını ortaya koymaktadır (46,51). Algılanan stres, sigara bırakma başarısı ve yoksunluk sonrası nöksle de ilişkilidir (46). Bıraktıktan sonra sigaraya yeniden başlayan kişiler, sigaraya dönmelerinin stresli bir

olay ya da olumsuz duygu durumu tarafından tetiklendiğini bildirmektedir. Sigara içenler çoğunlukla sigarayı stresli bir olayın ortaya çıkardığı duygularla baş etmenin etkili bir yolu olarak görmekte ve stresörlerle karşılaştıklarında, sigaraya aşerdiklerini farz etmektedirler (45). Laboratuvar ortamlarında yapılan çalışmalar da stresörlere maruz kalmanın sigaraya aşermeyi arttırdığını doğrulamaktadır (47). Sigarayı bırakmanın duygusal olarak zorlayıcı bir deneyim olduğu varsayılmaktadır. Sigarayı bıraktıktan sonraki ilk birkaç hafta kişiler yoğun anksiyete ve huzursuzluk duyguları yaşadıklarını belirtmektedirler. Ancak başlangıçtaki yoksunluk dönemi sona erdikten sonra bırakmayı başarmış olmanın kişi üzerinde, artmış öz-yeterlilik ve öz-güven duyguları ve azalmış algılanan stres gibi, yararlı etkileri olmaktadır. Dolayısıyla yeniden sigaraya başlamanın, yeterlilik ve güven duygularında azalma ve algılanan stresin artması şeklinde etkileri olmaktadır (45).

Konuyla ilgili Cohen ve Lichtenstein (1990) tarafından yapılan çalışmada sigarayı bırakmayı düşünen 260 kişi incelenmiştir. Çalışmanın başlangıcında yapılan stres ölçümlerinde sigarayı bırakmayı başaran ve başaramayan kişilerin stres düzeylerinin aynı olduğu bulunmuştur. Sigarayı bırakma denemeleri başarısız olan kişiler, çalışmanın başlangıcında ve 1., 3. ve 6. aylarda yapılan ölçümlerde daha yüksek düzeyde stres bildirmişlerdir. Tam tersi şekilde sigarayı bırakmayı başaran gruptaki kişiler ise giderek daha az stres yaşadıklarını belirtmişlerdir; çalışmanın 6. ayında yapılan ölçümlerde sigarayı bırakanların stres düzeylerinin, başlangıçtaki ölçümlere göre, anlamlı şekilde düştüğü bulunmuştur (45). Benzer bir çalışma Parrott (1995) tarafından da yapılmış ve sigarayı bırakan ve bırakamayan kişilerde başlangıçta aynı olan stres düzeylerinin, sigarayı bırakan kişilerde gittikçe azaldığı bulunmuştur. Bir araştırma sonucunda sigarayı bırakma sonucu duygudurumda meydana gelen olumlu değişimin zaman içinde de sürdüğü, sigarayı bıraktıktan altı yıl sonra bile kişilerin stres düzeylerinin, sigara içen kişilerden daha düşük olduğu bulunmuştur (49).

Robles ve meslektaşlarının (2016) algılanan stres ve sigara içmeyle ilgili beklentiler hakkında, sigara bırakma tedavisindeki yetişkinlerle yürüttükleri çalışmalarında, sigaranın olumsuz duygulanımı düzenlemesi ve bunlarla baş edilmesini sağlaması, şeklindeki olumsuz pekiştireç beklentilerinin algılanan stres düzeyleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (46).

Sigara içme davranışında algılanan stresin rolünün cinsiyet açısından farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiş ve cinsiyetler arasında fark bulunmuştur. Lawless ve meslektaşları (2015) tarafından yapılan çalışma sonucunda erkek katılımcıların algılanan stres düzeyleri ve günlük içilen sigara sayısı arasında negatif bir ilişki bulunmuş, kadınlarda ise böyle bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu nikotin yoksunluğunun stresi arttırdığı bilgisiyle açıklanabilmektedir (10).

#### **2.5.4. Stres ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki**

Günümüzde stres ve ruh sağlığı arasında güçlü ve çift yönlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir (52). Bu ilişki bireysel farklılıklar ve stres yaratan uyarının özellikleri gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir.

Stres ve ruh sağlığı ilişkisini etkileyen bireysel farklılıklar arasında kişilik örüntüleri, şemalar ve temel inançlar öne çıkmakta ve bunlar hem kişinin stres algısını etkilemekte hem de ruhsal bozukluk geliştirme riskini belirlemektedir (53). Stres yaratan uyarının özellikleri arasında ise uyarana maruz kalınan süre, uyarının şiddeti, kontrol edilebilirliği, neden olduğu bilişsel tepkiler ve değerlendirmeler bulunmaktadır (54).

Uyaran hakkında yapılan bilişsel değerlendirmeler, uyarana ne tür duygusal tepkiler verileceğini belirlemektedir. Örneğin birincil değerlendirme sonucu zarar veya tehdit algısı oluşması kişide kaygı yaratırken, kayıp yaşantısına yönelik bir algı üzüntüye yol açmakta, engellenme ise öfke duygusuyla sonuçlanabilmektedir (55).

Uyaranla ilgili kontrol algısı verilen tepkileri belirleyen önemli bir faktör olmaktadır. Kontrol edilemeyen ve tehdit içeren her yaşam olayı, olaya özgü bir stres yaratmaktadır. Bu spesifik stres sonrasında genel bir stres algısına dönüşmektedir. Kontrol algısında değişiklikler sonucu kişinin çaresizlik yaşaması anksiyete gibi olumsuz duygusal tepkiler yol açmaktadır (56). Koşulların uzun süre devam etmesi ve kişinin bunlarla etkili şekilde baş edememesi sonucu ise, duyarsızlaşma ve geri çekilme şeklinde görülen, öğrenilmiş çaresizlik tepkileri ortaya çıkabilmekte ve öğrenilmiş çaresizlik ise sıklıkla depresyonun temelini oluşturmaktadır (57).

Araştırmalar sonucunda stresli yaşam olaylarını takiben depresif belirtiler ortaya çıktığı gösterilmiştir. Depresyon tanısı alan kişilerin çoğunluğunda öncesinde stres yaratan bir yaşam olayı olduğu bilinmektedir (53,54). Depresif belirtilerin ortaya çıkmasında stres yaratan uyarının şiddeti ve süresi oldukça etkili olmaktadır. şiddetli ve kronik strese maruz kalmanın, akut strese göre, depresyonla sonuçlanmasının daha olası olduğu düşünülmektedir. Yoksulluk, hastalık, evlilik sorunları, sosyal destek yoksunluğu, engelli bir çocuğa sahip olma gibi çok çeşitli kronik stres koşulları ile depresyon riski arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (53). Danimarka'da ilk kez depresyon tanısı alan kişilerin, yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir çalışmada depresyon tanısı alanların yakın zamanda boşanmış, işsiz kalmış ve intihar girişimi olan kişiler oldukları bulunmuştur (54).

Stres ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Algılanan Stres leği'nin (AS) kullanıldığı çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin Cohen ve meslektaşları (1983) alışmalarında algılanan stres ve depresif belirtiler arasında .76 kadar yüksek bir korelasyon bulmuşlardır (58). Ghorbani ve meslektaşları (2008) niversite ğrencilerinde algılanan stresin depresyonla ilişkisinde, algılanan kontrol ve anksiyetenin aracı etkisini inceledikleri çalışmalarında hem anksiyete hem de depresyonla algılanan stres arasında anlamlı korelasyonlar bulmuşlardır (56).

Depresyonla benzer şekilde anksiyete bozukluklarından önce de sıklıkla stresli yaşam olaylarının geldiği düşünülmektedir. Yoğun stres yaşantısı olarak görülen travmalar sonrası çeşitli anksiyete bozukluklarıyla birlikte madde kullanımı ve bilişsel bozulmalar ortaya çıkabilmektedir (54).

Erken gelişim dönemlerinde maruz kalınan stresin ruh sağlığına olan etkisi araştırılan bir diğer önemli konudur. Çocukluk veya ergenlikte şiddet veya istismara maruz kalma, ebeveynlerden birinin ölümü veya boşanmaları gibi olaylar yoğun stres yaşantıları olmaktadır. Gelişimsel dönemde yoğun ve kronik strese maruz kalmanın kalıcı nörobiyolojik etkileri olmakta ve anksiyete ve depresyon geliştirme riskini arttırmaktadır (54).

Stres maruziyeti ve psikotik hastalıklar arasında da ilişki bulunmaktadır. Psikotik bireylerin algılanan stres düzeyleri sosyal destek, öz-güven, öz-yeterlilik, dayanıklılık ve stresle baş etme yöntemleri gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir.

Psikotik bozukluğu olanların günlük yaşam streslerine karşı artmış duygusal tepkisellik ve uyumsuz baş etme mekanizmaları sergiledikleri gözlenmektedir. Bu bireylerin yaşadığı stres düzeyinde, psikotik bozukluklarda sıklıkla bozulan, nöropsikolojik işlevselliğin anahtar bir rol oynadığı düşünülmektedir. Ancak nöropsikolojik yetersizliğin psikozlarda algılanan stres veya strese verilen tepkileri doğrudan etkileyip etkilemediğiyle ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Allott ve meslektaşları (2015) konuyla ilgili çalışmalarında, sağlıklı kontrol gurubuyla karşılaştırıldığında, ilk epizod psikoz hastalarının algılanan stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ancak bu bulgunun tam tersini bulan araştırma sonuçları da bulunmakta ve nöropsikolojik işlevselliğin zayıf olmasının psikozlu bireyleri stres yaşamaktan koruyor olabileceği ileri sürülmektedir (59).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırma Evreni ve Örneklem**

Bu araştırma, Mart 2016 tarihinde TPAO Jeofizik Operasyonlar Müdürlüğü'nde gerçekleştirilmiştir. Jeofizik operasyonlar Müdürlüğü'nde görev yapan kişilerden, petrol arama faaliyetlerinde bulunmak amacıyla bir yıl içinde belirli süreler Ankara dışında çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 106 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

#### **3.2. Yöntem**

TPAO Jeofizik Operasyonlar Müdürlüğü'nde söz konusu araştırmayla ilgili duyuru yapılmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen kişilere araştırmanın gerekçesi ve amacıyla ilgili bilgi verilmiş, gönüllü olur formunu imzalayan kişiler çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırmaya katılanların tamamına sosyodemografik özellikleri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, ruhsal belirtileri belirlemek amacıyla Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), algılanan stres düzeylerini belirlemek amacıyla Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), ve sigara içtiğini belirten kişilere nikotin bağımlılık düzeyini belirlemek amacıyla Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulanmıştır.

#### **3.3. Kullanılan Gereçler**

##### **3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Sosyodemografik veriler ve sigara kullanımıyla ilgili sorular içeren bir form hazırlanmıştır. Bu forma kişinin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu ve ortalama aylık gelir düzeyi ile ilgili sorularla başlanmaktadır. Sonrasında kişinin kaç yıldır kurumda çalıştığı, yılın kaç ayını Ankara dışında geçirdiği ile ilgili sorular yer almaktadır. Son bölümde ise sigaraya kaç yaşında başladığı ve altı ay içinde sigarayı bırakma düşüncesi ile ilgili sorular bulunmaktadır.

### 3.3.2. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Derogatis (1977) tarafından geliştirilen SCL-90-R bireylerdeki psikolojik belirtilerin (semptomların) ne düzeyde olduğunu ve hangi alanlara yayıldığını belirleyen bir ölçü aracıdır (60). SCL- 90-R, ülkemizde psikopatoloji taramalarında güvenilir ve geçerli bir ölçek olarak kullanılmaktadır. Ölçek, psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren doksan madde ile dokuz ayrı alt testte değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır. Bu alt testler şunlardır: Somatizasyon (SOM), Obsesif Kompulsif Belirtiler (OKB), Kişilerarası Duyarlılık (INT), Depresyon (DEP), Anksiyete (ANK), Düşmanlık (HOST), Fobik Anksiyete (PHOB), Paranoid Düşünce (PAR), Psikotizm (PSY) Ayrıca bu boyutlara dâhil olmayan yedi madde Ek Skala altında değerlendirilmekte ve suçluluk duyguları, yeme ve uyku bozuklukları gibi genel zorlanma belirtilerini içermektedir (60,61).

SCL-90-R’de yer alan her madde için, sırasıyla, “hiç (0)”, “çok az (1)”, “orta derecede (2)”, “ oldukça fazla (3)”, “ileri derecede (4)” seçeneklerinden biri işaretlenir. Puanlama her madde için, 0 ile 4 arasında değişmektedir. Alt ölçek puanları, her alt ölçeği oluşturan maddelere verilen puanların toplamının madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Alt ölçek puanları, 0.00 ile 4.00 değerleri arasında olabilmektedir. Bu değerlendirmenin yanı sıra, SCL-90-R’nin asıl işlevselliğini gösteren değerlendirmeler, Genel Belirti Düzeyi, Pozitif Belirti Toplamı ve Pozitif Belirti Düzeyi’dir. Genel Belirti Düzeyi boş bırakılanlar hariç tüm maddelere verilen puanların ortalaması olup 0.00 ile 4.00 arasında değişebilen en önemli göstergedir (60). Genel Belirti Düzeyi’nin 1.00’in altında olması, belirtilerin psikopatolojik düzeyde olmadığını, 1.00’in üzerinde olması, psikopatolojik bir durumunun varlığını göstermektedir. (62).

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğiyle ilgili ülkemizde de çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Dağ (1991) tarafından üniversite öğrenci örnekleminde yapılan güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa değeri .97 olarak bildirilmiştir (61). Kılıç (1991) tarafından yine üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada ise alt ölçeklerin güvenilirlik katsayılarının .63 ile .84 arasında değiştiği, ölçüt olarak Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri’nin (MMPI) kullanıldığı geçerlik çalışmasında ise SCL-90-R ile MMPI arasındaki korelasyon katsayılarının .50 ile .59 arasında değiştiği bulunmuştur (60).

### 3.3.3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilen ASÖ kişinin hayatındaki olayların ne derecede stresli olarak değerlendirildiğini ölçen, kısa ve kolay uygulanabilen bir ölçüm aracıdır (58,63).

Ölçeğin özgün formu 14 maddeden oluşmaktadır; aynı zamanda 10 ve 4 maddelik versiyonları da bulunmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin 14 maddelik formu kullanılmıştır. Ölçek maddeleri “hiçbir zaman (0)”, “neredeyse hiçbir zaman (1)”, “bazen (2)”, “oldukça sık (3)”, “çok sık (4)” şeklinde beşli Likert tipi bir ölçek üzerinde değerlendirilmektedir. Ölçekteki 14 maddeden sırasıyla 4,5,6,7,9,10 ve 13. maddeler tersten puanlanmaktadır. ASÖ-14 formunda toplam puan 0-56 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, algılanan stres düzeyinin yüksekliğini göstermektedir (58,63).

Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirliği ile ilgili yapılan iki farklı çalışmada iç tutarlık katsayısı .84 olarak bulunmuştur (57,62). Baltaş ve meslektaşları (1998) tarafından orta düzey yöneticilerle yapılan çalışmada ölçeğin test tekrar test güvenilirlik katsayısı .79 olarak bulunmuştur; yine bu çalışmada ASÖ ve Durumluk-Sürekli Kaygı envanteri arasındaki eş zamanlı geçerlik incelenmiş ve Pearson korelasyon katsayısı .68 olarak bulunmuştur (64). Eskin ve meslektaşları (2013) tarafından üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada ise ölçeğin test tekrar test güvenilirlik katsayısı .87 olarak bulunmuştur (63).

### 3.3.4.Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Nikotin bağımlılık şiddetinin değerlendirilmesi amacıyla Fagerström (1978) tarafından geliştirilen Fagerström Tolerans Ölçeği, psikometrik ve kavramsal bazı sorunların giderilmesi amacıyla, revize edilerek FNBT oluşturulmuştur (65). FNBT nikotin bağımlılığının gücünü ölçmek amacıyla geliştirilmiş geçerli bir öz bildirim ölçeğidir. Test altı sorudan oluşmaktadır ve toplam puan 0-10 arasındadır. Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinde, 0-2 puan arası çok düşük düzey, 3-4 puan arası düşük düzey, 5 puan orta düzey, 6-7 puan arası yüksek düzey, 8-10 puan arası çok yüksek düzey bağımlı kabul edilmektedir (66).

Testin Türkçe formunun güvenilirlik çalışması Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmış ve Cronbach Alpha katsayısı .56 olarak bulunmuştur (67).

### **3.4. İstatistiksel Yöntem**

Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 16 programı kullanılmıştır. Analizlerden önce verilerin normal dağılım gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla normallik testleri yapılmıştır. Verilerin dağılımına göre analizlerde hem parametrik hem de parametrik olmayan testlerden yararlanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ise ki-kare testi kullanılmıştır.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Araştırmaya ait herhangi bir dışlama kriteri bulunmadığından çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerin tamamına ölçek uygulanmış ve analize dâhil edilmiştir. Araştırma örneklemini toplam 106 kişiden oluşmaktadır. TPAO’da petrol arama faaliyetlerinde sadece erkekler çalışmakta, dolayısıyla örneklemin tamamı erkeklerden oluşmaktadır.

Katılımcıların yaş ortalaması 39.98’dir ( $S=8.26$ ) ve %37.7’si 25-35 yaş arasında bulunmaktadır. Katılımcıların medeni, eğitim ve gelir durumları incelendiğinde ise %73.6’sının evli, %40.6’sının ortaöğretim mezunu ve %48.1’inin 3001TL ve üzerinde gelire sahip olduğu bulunmuştur. Katılımcıların kurumda toplam çalışma süre ortalaması 14.35 yıl ( $S=9.68$ ), Ankara dışında çalıştıkları ay ortalaması ise 5.11 ay ( $S=2.08$ ) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

		<i>n</i>	%
<b>Yaş</b>	25-35 yaş	40	37.7
	36-45 yaş	35	33
	46 yaş ve üzeri	31	29.2
<b>Medeni durum</b>	Bekar	25	23.6
	Evli	78	73.6
	Boşanmış	2	1.9
	Dul	1	0.9
<b>Eğitim durumu</b>	İlköğretim	10	9.4
	Ortaöğretim	43	40.6
	Yüksekokul	15	14.2
	Üniversite	38	35.8

**Tablo 1 (devam).** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

<b>Gelir durumu</b>	2000 TL ve altı	6	5.7
	2001-3000 TL	49	46.2
	3001 TL ve üzeri	51	48.1
<b>Kurumda toplam çalışma süresi</b>	10 yıl ve altı	45	42.5
	11-20 yıl	36	34
	21 ve üzeri	25	23.6
<b>İl dışında çalışma süresi</b>	6 aydan az	48	45.3
	6 ay ve üzeri	58	54.7

#### 4.2. Katılımcıların Sigara Kullanımına İlişkin Bulgular

Katılımcıların sigara kullanımları incelendiğinde %63.2'sinin sigara içtiği, %26.4'ünün sigara içmediği ve %10.4'ünün ise sigarayı bıraktığı bulunmuştur. Katılımcıların sigara içme durumlarına göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Katılımcıların sigara içme durumunun dağılımı

		<i>n</i>	%
<b>Sigara içme durumu</b>	İçen	67	63.2
	İçmeyen	28	26.4
	Bırakan	11	10.4

Katılımcıların sigara içme durumları ile çeşitli sosyodemografik değişkenler arasında ilişki olup olmadığını incelemek amacıyla ki-kare bağımsızlık testi yapılmıştır. Ki-kare testinin süreklilik varsayımının karşılanabilmesi amacıyla sigara içme durumu değişkenine düzeltme yapılmış, sigara içmeyen ve bırakan katılımcılar sigara içmeyen kategorisi altında birleştirilerek analize dâhil edilmiştir.

Sigara içen ve içmeyen katılımcılar arasında yaş grubu, medeni durum, gelir durumu, kurumda çalışma süresi ve il dışında çalışma değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak sigara içen ve içmeyen katılımcılar eğitim durumu değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmaktadır ( $p<0.05$ ). Sigara içme durumu ile çeşitli değişkenlerin ki-kare testi sonuçları Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Sigara içme durumu ve çeşitli değişkenlerin ki-kare testi sonuçları

		Sigara içen <i>n</i> =67		Sigara içmeyen <i>n</i> =39		$\chi^2$	<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
<b>Yaş grubu</b>	25-35 arası	21	31.3	19	48.7	3.26	.196
	36-45 arası	25	37.3	10	25.6		
	46 ve üzeri	21	31.3	10	25.6		
<b>Medeni durum</b>	Bekar	15	22.4	10	25.6	2.14	.544
	Evli	51	76.1	27	69.2		
	Boşanmış	1	1.5	1	2.6		
	Dul	0	.0	1	2.6		
<b>Eğitim durumu</b>	İlköğretim	4	6	6	9.4	8.86	.031
	Ortaöğretim	34	50.7	9	40.6		
	Yüksekokul	9	13.4	6	14.2		
	Üniversite	20	29.9	18	35.8		
<b>Gelir durumu</b>	2000 TL ve altı	4	6	2	5.1	.81	.666
	2001-3000 TL	33	49.3	16	41		
	3001 TL ve üzeri	30	44.8	21	53.8		
<b>Kurumda çalışma süresi</b>	10 yıl ve altı	24	35.8	21	53.8	4.05	.132
	11-20 yıl	27	40.3	9	23.1		
	21 yıl ve üzeri	16	23.9	9	23.1		
<b>İl dışında çalışma süresi</b>	6 aydan az	26	38.6	22	56.4	3.08	.106
	6 ay ve üzeri	41	61.2	17	43.6		

### 4.3. Katılımcıların Sigara İçme Durumlarına Göre Psikolojik Belirti Düzeylerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların SCL-90-R ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular Tablo 4'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.** Katılımcıların SCL-90-R alt ölçek ve Genel Belirti Düzeyi puanları

	Medyan	S	Minimum	Maximum
<b>Somatizasyon</b>	.50	.60	0	2.8
<b>Obsesif-Kompulsif Belirtiler</b>	.95	.65	0	3.0
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>	.75	.71	0	3.0
<b>Depresyon</b>	.70	.66	0	3.6
<b>Anksiyete</b>	.40	.59	0	2.7
<b>Düşmanlık</b>	.50	.70	0	3.3
<b>Fobik Anksiyete</b>	.10	.51	0	2.1
<b>Paranoid Düşünce</b>	.70	.75	0	3.0
<b>Psikotizm</b>	.30	.55	0	2.4
<b>Ek Skala</b>	.90	.70	0	2.9
<b>Genel Belirti Düzeyi</b>	.60	.56	0	2.7

Katılımcıların sigara içme durumlarına göre SCL-90-R alt ölçeklerinden aldıkları puanların sıra ortalamalarının birbirinden farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis testi ile incelenmiş ve obsesif-kompulsif belirtiler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, düşmanlık, fobi, paranoid düşünce, psikotizm ve genel belirti düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. ( $p>.05$ ). Ancak katılımcıların sigara içme durumlarına göre somatizasyon ve ek skala alt ölçeklerinden aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı şekilde birbirinden farklılaşmaktadır ( $p<.05$ )

Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Hem sigara içen hem

de sigarayı bırakan katılımcıların somatizasyon ve ek skala alt ölçek puanlarının sigara içmeyen katılımcıların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<.05$ ). Sigara içen ve bırakan katılımcıların somatizasyon ve ek skala alt ölçek puanları arasında ise farklılık saptanmamıştır ( $p>.05$ ).

Katılımcıların sigara içme durumlarına göre SCL-90-R alt ölçeklerinden aldıkları puanların sıra ortalamalarına ait karşılaştırma sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur.

**Tablo 5.** Sigara içme durumuna göre SCL-90-R alt ölçek ve Genel Belirti Düzeyi puan sıra ortalamalarının karşılaştırılması

		<i>n</i>	Sıra Ortalaması	sd	<i>x</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>	Anlamlılık
<b>Somatizasyon</b>	Sigara içen	67	57.63	2	7.62	.022	1-2 2-3
	Sigara içmeyen	28	40.04				
	Sigarayı bırakan	11	62.64				
<b>Obsesif Kompulsif Belirtiler</b>	Sigara içen	67	56.87	2	3.43	.180	-
	Sigara içmeyen	28	44.29				
	Sigarayı bırakan	11	56.45				
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>	Sigara içen	67	55.51	2	1.88	.390	-
	Sigara içmeyen	28	46.82				
	Sigarayı bırakan	11	58.27				
<b>Depresyon</b>	Sigara içen	67	57.58	2	3.75	.154	-
	Sigara içmeyen	28	44.29				
	Sigarayı bırakan	11	52.09				
<b>Anksiyete</b>	Sigara içen	67	55.85	2	5.48	.065	-
	Sigara içmeyen	28	43.02				
	Sigarayı bırakan	11	65.86				
<b>Düşmanlık</b>	Sigara içen	67	53.43	2	.78	.678	-
	Sigara içmeyen	28	50.91				
	Sigarayı bırakan	11	60.50				
<b>Fobik Anksiyete</b>	Sigara içen	67	55.16	2	1.28	.527	-
	Sigara içmeyen	28	48.11				
	Sigarayı bırakan	11	57.14				

**Tablo 5(devam).** Sigara içme durumuna göre SCL-90-R alt ölçek ve genel belirti düzeyi puan sıra ortalamalarının karşılaştırılması

<b>Paranoid Düşünce</b>	Sigara içen	67	54.54	2	1.47	.481	-
	Sigara içmeyen	28	48.27				
	Sigarayı bırakan	11	60.45				
<b>Psikotizm</b>	Sigara içen	67	54.71	2	1.04	.595	-
	Sigara içmeyen	28	48.77				
	Sigarayı bırakan	11	58.18				
<b>Ek</b>	Sigara içen	67	58.87	2	10.09	.006	1-2 2-3
	Sigara içmeyen	28	37.75				
	Sigarayı bırakan	11	60.86				
<b>Genel Belirti Düzeyi</b>	Sigara içen	67	56.85	2	4.75	.093	-
	Sigara içmeyen	28	42.80				
	Sigarayı bırakan	11	60.32				

#### 4.4. Katılımcıların Sigara İçme Durumlarına Göre Algılanan Stres Düzeylerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların ASÖ'den aldıkları puanların ortalaması 21.3'tür ( $S=7.60$ ). Katılımcıların sigara içme durumlarına göre ASÖ'den aldıkları puanlara ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 6'da sunulmuştur.

**Tablo 6.** ASÖ-14'ten alınan puanlara ait tanımlayıcı istatistikler

		Sigara içen $n=67$	Sigara içmeyen $n=28$	Sigarayı bırakan $n=11$
<b>ASÖ-14</b>	$\bar{X}$	20.73	23.18	20.27
	$S$	8.19	5.89	7.58
	$S^2$	67.08	34.75	57.42
	<b>Minimum</b>	0	11	2
	<b>Maximum</b>	41	33	30
	<b>Aralık</b>	41	22	28

Katılımcıların sigara içme durumlarına göre ASÖ-14'ten aldıkları puan ortalamaları açısından farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ( $F(2,103)=1.144, p=.322$ ).

#### 4.5. Sigara İçen Katılımcılara İlişkin Bulgular

Sigara içen 67 katılımcının sigaraya başlama yaş ortalaması 18.76 ( $S=5.03$ ), toplam sigara içme süre ortalaması ise 21.96 ( $S=9.36$ ) olarak bulunmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%89.6) 10 yıldan uzun süredir sigara içmektedir ve %44.8'i önümüzdeki altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşündüklerini belirtmiştir. Sigara içen katılımcılarla ilgili değişkenler Tablo 7'de sunulmuştur.

*Tablo 7. Sigara içen katılımcılarla ilgili değişkenler*

		<i>n</i>	%
<b>Sigaraya başlama yaşı</b>	18 yaş altı	28	41.8
	18 yaş ve üzeri	39	58.2
<b>Sigara içme süresi</b>	10 yıldan kısa	7	10.4
	10 yıl ve üzeri	60	89.6
<b>Sigarayı bırakma isteği</b>	Evet	30	44.8
	Hayır	14	20.9
	Kararsız	23	34.3

Sigara içen katılımcıların SCL-90-R ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular Tablo 8'de gösterilmiştir.

**Tablo 8.** Sigara içenlerin SCL-90-R alt ölçek ve Genel Belirti Düzeyi puanları

	Medyan	S	Minimum	Maximum
Somatizasyon	.70	.67	0	2.8
Obsesif-Kompulsif Belirtiler	1.00	.69	0	3.0
Kişilerarası Duyarlılık	.90	.78	0	3.0
Depresyon	.80	.75	0	3.6
Anksiyete	.40	.66	0	2.7
Düşmanlık	.50	.79	0	3.3
Fobik Anksiyete	.10	.58	0	2.1
Paranoid Düşünce	.70	.83	0	3.0
Psikotizm	.30	.63	0	2.4
Ek Skala	1.00	.75	0	2.9
Genel Belirti Düzeyi	.70	.63	0	2.7

SCL-90-R'den alınan puanlar kesme noktası 1'e göre değerlendirildiğinde katılımcıların %35.8'inin somatizasyon alt ölçeği, %55.2'sinin obsesif-kompulsif belirti alt ölçeği, %46.3'ünün kişilerarası duyarlılık alt ölçeği, %38.8'inin depresyon alt ölçeği, %25.4'ünün anksiyete alt ölçeği, %29.9'unun düşmanlık alt ölçeği, %16.4'ünün fobik anksiyete alt ölçeği, %46.3'ünün paranoid düşünce alt ölçeği, %17.9'unun psikotizm alt ölçeği, %52.2'sinin ek skalalar ve %34.3'ünün genel belirti düzeyi puanlarının 1'den yüksek olduğu bulunmuştur.

Sigara içen katılımcıların SCL-90-R ölçeğinden aldıkları puanların yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, kurumda çalışma süresi, il dışında çalışma süresi, toplam sigara içme süresi ve sigarayı bırakma düşüncesi değişkenleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

#### 4.5.1. Katılımcıların Nikotin Bağımlılık Düzeylerine İlişkin Bulgular

Sigara içen katılımcıların FNBT'den aldıkları puan ortalaması 3.79 ( $S=2.74$ ) olarak bulunmuştur. Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeylerine göre dağılımı Tablo 9'da gösterilmiştir.

**Tablo 9.** Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeylerine göre dağılımı

		<i>n</i>	%
<b>Nikotin bağımlılık düzeyi</b>	Düşük	42	62.7
	Orta	7	10.4
	Yüksek	18	26.9

#### 4.5.2. Katılımcıların Nikotin Bağımlılık Düzeylerine Göre Psikolojik Belirti Düzeylerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların FNBT ve SCL-90-R puanları arasındaki korelasyonlar incelenmiş ve kişilerarası duyarlılık ve paranoid düşünce alt ölçekleri ile FNBT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf korelasyonlar saptanmıştır. FNBT ve SCL-90-R puanları arasındaki korelasyonlar Tablo 10 gösterilmiştir.

**Tablo 10.** SCL-90-R ve FNBT puanları arasındaki korelasyonlar

	<b>FNBT</b>	
	<i>r<sub>s</sub></i>	<i>p</i>
<b>Somatizasyon</b>	.176	.155
<b>Obsesif-Kompulsif Belirtiler</b>	.177	.152
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>	.323	.008
<b>Depresyon</b>	.168	.174
<b>Anksiyete</b>	.216	.079
<b>Düşmanlık</b>	.234	.056
<b>Fobi</b>	.194	.116
<b>Paranoid Düşünce</b>	.321	.008
<b>Psikotizm</b>	.215	.081
<b>Ek Skala</b>	.150	.226
<b>Genel Belirti Düzeyi</b>	.235	.056

Katılımcıların SCL-90-R'dan aldıkları puanların sıra ortalamalarının nikotin bağımlılık düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis testi ile incelenmiştir. Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeylerine göre, SCL-90-R alt ölçeklerinden kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, fobi, paranoid düşünce, psikotizm, ek skalalar ve genel belirti düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p < .05$ ).

Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Düşük ve yüksek düzey nikotin bağımlısı katılımcıların SCL-90-R'dan aldıkları puanların sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > .05$ ). Orta düzeyde nikotin bağımlısı katılımcıların, somatizasyon dışında, tüm alt ölçek puanlarının düşük düzeyde nikotin bağımlısı katılımcıların puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < .05$ ). Yine orta düzeyde nikotin bağımlısı katılımcıların depresyon alt ölçek puanları yüksek düzeyde nikotin bağımlılarından yüksektir ( $p < .05$ ). Nikotin bağımlılık düzeyine göre SCL-90-R alt ölçek ve genel belirti düzeyi puanlarına ilişkin bulgular Tablo 11'de sunulmuştur.

**Tablo 11.** SCL-90-R puanlarının nikotin bağımlılık düzeyine göre karşılaştırılması

		<i>n</i>	Sıra Ortalaması	sd	<i>x</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>	Anlamlılık
<b>Somatizasyon</b>	Düşük	42	31.49	2	3.36	.187	
	Orta	7	45.79				
	Yüksek	18	35.28				
<b>Obsesif Kompulsif Belirtiler</b>	Düşük	42	31.49	2	4.60	.100	1-2
	Orta	7	48.50				
	Yüksek	18	34.22				
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>	Düşük	42	29.67	2	7.34	.025	1-2
	Orta	7	49.50				
	Yüksek	18	38.08				

**Tablo 11 (devam).** SCL-90-R puanlarının nikotin bağımlılık düzeyine göre karşılaştırılması

<b>Depresyon</b>	Düşük	42	31.01	2	9.56	.008	1-2 2-3
	Orta	7	55.36				
	Yüksek	18	32.67				
<b>Anksiyete</b>	Düşük	42	30.70	2	6.36	.042	1-2
	Orta	7	50.50				
	Yüksek	18	35.28				
<b>Düşmanlık</b>	Düşük	42	30.37	2	4.79	.091	1-2
	Orta	7	45.79				
	Yüksek	18	37.89				
<b>Fobik Anksiyete</b>	Düşük	42	31.20	2	7.13	.028	1-2
	Orta	7	51.86				
	Yüksek	18	33.58				
<b>Paranoid Düşünce</b>	Düşük	42	29.14	2	8.48	.014	1-2
	Orta	7	49.57				
	Yüksek	18	39.28				
<b>Psikotizm</b>	Düşük	42	30.69	2	7.15	.028	1-2
	Orta	7	51.71				
	Yüksek	18	34.83				
<b>Ek</b>	Düşük	42	31.27	2	6.42	.040	1-2
	Orta	7	51.36				
	Yüksek	18	33.61				
<b>Genel Belirti Düzeyi</b>	Düşük	42	30.37	2	7.40	.025	1-2
	Orta	7	51.71				
	Yüksek	18	35.58				

#### 4.5.3. Katılımcıların Nikotin Bağımlılıkları ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkiler

Katılımcıların ASÖ-14 ve FNBT puanları arasındaki korelasyonlar incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır (  $r=.145$ ,  $p=.243$ ,  $r^2=.02$ ).

Katılımcıların ASÖ-14'ten aldıkları puan ortalamaları nikotin bağımlılık düzeyine göre karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır

( $p > .05$ ). Nikotin bağımlılık düzeylerine göre ASÖ-14'ten alınan puanlara yönelik tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 12'de sunulmuştur.

**Tablo 12.** Nikotin bağımlılık düzeylerine göre ASÖ-14'ten alınan puanların tek yönlü varyans analizi sonuçları

	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
ASÖ-14 puanları	Gruplar arası	386.886	2	193.443	3.064	.054
	Gruplar içi	4040.278	64	63.129		
	Toplam	4427.167	66			

#### 4.5.4. Katılımcıların Sigaraya Başlama Yaşının Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi

Sigara içen katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyleri ile sigaraya başlama yaşı ve sigara içme süresi değişkenleri arasında bir ilişki olup olmadığı ki-kare bağımsızlık testi ile incelenmiş ve bulgular Tablo-13'te sunulmuştur. Ki-kare testinin süreklilik varsayımını sağlamak amacıyla nikotin bağımlılık düzeyi değişkenine düzeltme yapılmış, orta ve yüksek düzey birleştirilerek analize dâhil edilmiştir.

**Tablo 13.** Nikotin bağımlılık düzeyinin sigaraya başlama yaşı ve sigara içme süresiyle ilişkisi

		Nikotin Bağımlılık Düzeyi		$\chi^2$	$p$
		Düşük	Orta ve Yüksek		
<b>Sigaraya başlama yaşı</b>	18 yaş altı	12	16	8.09	.005
	18 yaş ve üzeri	30	9		
<b>Sigara içme süresi</b>	10 yıldan kısa	7	0	4.65	.03
	10 yıl ve üzeri	35	25		

Katılımcıların sigaraya başlama yaşına göre FNBT puan ortalamaları açısından farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiş ve 18 yaşından önce sigaraya başlayanların FNBT puanlarının 18 yaş ve üzerinde sigaraya başlayanlardan yüksek olduğu bulunmuştur ( $t(65)=3.39, p=.001$ ).

Katılımcıların sigaraya başlama yaşı ile SCL-90-R puanları arasındaki korelasyonlar incelenmiştir; depresyon, fobi ve ek skalalar dışındaki tüm alt ölçekler ile sigaraya başlama yaşı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmuş ve Tablo 14’te gösterilmiştir.

**Tablo 14.** Sigaraya başlama yaşı ve SCL-90-R puanları arasındaki korelasyonlar

	Sigaraya başlama yaşı	
	$r_s$	$p$
<b>Somatizasyon</b>	-.291	.017
<b>Obsesif-Kompulsif Belirtiler</b>	-.269	.028
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>	-.382	.001
<b>Depresyon</b>	-.171	.166
<b>Anksiyete</b>	-.282	.021
<b>Düşmanlık</b>	-.396	.001
<b>Fobi</b>	-.225	.067

**Tablo 14 (devam).** Sigaraya başlama yaşı ve SCL-90-R puanları arasındaki korelasyonlar

	Sigaraya başlama yaşı	
	<i>r<sub>s</sub></i>	<i>p</i>
<b>Paranoid Düşünce</b>	-.268	.029
<b>Psikotizm</b>	-.275	.024
<b>Ek Skala</b>	-.200	.105
<b>Genel Belirti Düzeyi</b>	-.300	.014

Katılımcıların SCL-90-R'dan aldıkları puanların sıra ortalamalarının sigaraya başlama yaşlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir; somatizasyon, kişilerarası duyarlılık ve düşmanlık alt ölçeklerinde, 18 yaşından önce sigaraya başlayan kişilerin ölçek puanlarının 18 yaş ve üzerinde sigaraya başlayanlardan yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<.05$ ). Sigara içen katılımcıları sigaraya başlama yaşına göre somatizasyon, kişilerarası duyarlılık ve düşmanlık alt ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular Tablo 15'te sunulmuştur.

**Tablo 15.** Sigaraya başlama yaşına göre somatizasyon, kişilerarası duyarlılık ve düşmanlık alt ölçeklerinden alınan puanların karşılaştırılması

	<i>n</i>	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	<i>U</i>	<i>p</i>
<b>Somatizasyon</b>					
18 yaş altı	28	39.57	1108		
18 yaş ve üzeri	39	30.00	1170	390	.04
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>					
18 yaş altı	28	39.84	1115.5		
18 yaş ve üzeri	39	29.80	1162.5	382.5	.03
<b>Düşmanlık</b>					
18 yaş altı	28	40.55	1135.5		
18 yaş ve üzeri	39	29.29	1142.5	362.5	.02

Sigaraya başlama yaşı ve ASÖ-14 puanları arasındaki korelasyonlar incelenmiş ve negatif yönlü ve anlamlı korelasyon bulunmuştur ( $r = -.337$ ,  $p = .005$ ,  $r^2 = .11$ ).



## TARTIŞMA

Bu bölümde çalışma kapsamında elde edilen bulgular araştırmanın amaçları doğrultusunda incelenmiş ve literatürdeki benzer çalışma sonuçlarıyla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Araştırmaya tamamı erkek toplam 106 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 39.98'dir ( $S=8.26$ ). Literatürde çeşitli sektörlerde çalışan işçilerle yürütülen çalışmalarda yaş ortalamalarının 32.4 ile 42.7 arasında değiştiği görülmüştür (16,68,69). Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde %73.6'sının evli olduğu bulunmuştur. Petrol ve gaz endüstrisinde çalışan işçilerle İngiltere'de yürütülen bir çalışmada işçilerin %75'inin evli ya da bir partnerle yaşadığı, Çin'de yapılan bir çalışmada işçilerin %68'inin evli olduğu bulunmuştur (16,70). Bu çalışmanın örneklemini, yaş ortalaması ve medeni durum değişkenleri açısından diğer çalışmalardaki örneklerle benzerdir.

Katılımcıların eğitim durumu çeşitli araştırma sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır. Zonguldak'ta maden işçileriyle yapılan bir çalışmada katılımcıların %91'inin ilköğretim, %8.2'sinin lise mezunu olduğu, örneklemini fabrika işçilerinin oluşturduğu bir diğer çalışmada ise katılımcıların %53'ünün ilköğretim, %41.6'sının lise mezunu olduğu bulunmuştur (12,71). Bu çalışmada ise örneklemin %9.4'ünün ilköğretim, %40.6'sının lise, %50'sinin ise yüksekokul ve üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada katılımcıların eğitim düzeyinin, diğer çalışmalardaki katılımcıların eğitim düzeyinden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların sigara kullanımları incelenmiş, %63.2'sinin sigara içtiği, %26.4'ünün sigara içmediği ve %10.4'ünün ise sigarayı bıraktığı bulunmuştur. Çeşitli sektörlerde çalışan işçilerin sigara kullanımlarının araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçlar olduğu görülmüştür. Yılmazel ve meslektaşlarının (2014) 280 fabrika işçisiyle yürüttükleri çalışmalarında katılımcıların %38'inin sigara içtiği, %30'unun sigara içmediği ve %32'sinin sigarayı bıraktığı bulunmuştur (11). Yine fabrika işçileriyle yapılan bir başka çalışmada ise örneklemin %46.5'inin sigara içen, %43'ünün içmeyen, %10.5'inin sigarayı bırakan kişilerden oluştuğu görülmüştür (71). Zonguldak'ta maden işçileriyle yapılan bir çalışmada ise işçilerin %66.3'ünün sigara içtiği, %17.7'sinin içmediği, %15.9'unun ise sigarayı bıraktığı bulunmuştur (12). Yurtdışı literatür incelendiğinde ise İngiltere'de kara üstünde

çalışan petrol işçileriyle yapılan bir çalışmada katılımcıların %20.6'sının sigara içtiği %79.4'ünün sigara içmediği görülmüştür (72). Yine petrol işçileriyle Kuveyt'te yürütülen bir çalışmada ise erkek katılımcıların %29.7'sinin sigara içtiği, %46.2'sinin sigara içmediği, %24.1'inin sigarayı bıraktığı bulunmuştur (73).

Petrol endüstrisinde çalışan kişilerin ruh sağlığıyla ilgili yürütülen çalışmalarda çeşitli ölçeklerin kullanıldığı görülmektedir. Norveç'te deniz üstü platformlarda çalışanlarla yapılan bir çalışmada, SCL-90-R'n geliştirilmesinde yararlanılmış olan, Hopkins Symptom Check List (HSCL) kullanılmış ve katılımcıların bu ölçekten yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur (15,60). Çalışmalarda sık kullanılan bir diğer ölçek ise Genel Sağlık Anketi'dir (GSA). GSA'nın farklı maddelerden oluşan formları ile SCL-90-R'nin karşılaştırıldığı çeşitli çalışmalarda her iki ölçeğin genel puanları arasında fark bulunmadığı, psikopatolojiyi saptamak amacıyla kullanılacakları ve iki ölçeğin somatizasyon, anksiyete ve depresyon alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyonlar olduğu bulunmuştur (74,75). Deniz üstü petrol platformlarında çalışan Çinli işçilerin ruh sağlığıyla ilgili yürütülen bir çalışmada GSA-12'den alınan puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur (16). Parkes petrol endüstrisinde kara ve deniz üstü platformlarda çalışanların ruh sağlığını araştırdığı çalışmada, katılımcıların GSA-12'den aldıkları puanları farklı bir sektörde çalışan kişilerin puanları ile karşılaştırmıştır. Karada çalışanların GSA-12 puanları karşılaştırma grubundakilerden düşükken, deniz üstünde çalışanların puanları ile karşılaştırma grubunun puanları arasında fark bulunmamıştır (76). Bu çalışmada katılımcılardaki psikolojik belirtileri saptamak amacıyla SCL-90-R'den yararlanılmıştır. Katılımcıların hem alt ölçek hem de Genel Belirti Düzeyi puanları 1.00'den düşüktür; yani kişilerin belirtileri psikopatolojik bir düzeyde değildir.

Katılımcıların sigara içme durumlarıyla psikolojik belirtiler arasındaki ilişki incelenmiş, sigara içen ve bırakan katılımcıların somatizasyon ve ek skala alt ölçek puanlarının sigara içmeyenlerden yüksek olduğu bulunmuştur. Williams ve meslektaşları (1982) sigara içen ve içmeyen kişilerde anksiyete ve somatik belirtilerle ilgili yaptıkları çalışmalarında Açık Anksiyete Ölçeği'ndeki maddelerin analizi sonucunda, anksiyetenin psikolojikten ziyade fiziksel belirtiler olarak kendini gösterdiği maddelerde, sigara içenlerin daha yüksek puanlar aldıklarını bulmuşlardır

(77,78). Somatizasyon ölçümlerinde, sigara içen kişilerin içmeyenlerden daha yüksek puanlar aldıkları çeşitli çalışmalarda da gösterilmiştir (79,80,81).

Çeşitli örneklerle gerçekleştirilen çalışmalarda ASÖ-14'ten alınan puan ortalamalarının 19.6 ile 28.1 arasında değiştiği görülmektedir (55,58,63,82). Bu çalışmada ise katılımcıların ASÖ-14 puan ortalaması 21.3 olarak bulunmuştur. Algılanan stres ölçümüyle ilgili 2387 kişiyle gerçekleştirdikleri çalışmalarında Cohen ve Williamson (1988) yaş ve eğitim arttıkça ASÖ-14'ten alınan puanların azaldığını bulmuşlardır (82). Yaş ve eğitimin stres üzerine etkisinin araştırıldığı farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (83,84). Bu çalışmada da ölçekten alınan puan ortalamalarının düşük olmasının, örneklemin yaş ortalaması ve eğitim düzeyinin yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların sigara içme durumlarına göre ASÖ-14'ten aldıkları puan ortalamaları açısından farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmayla benzer şekilde Devoglio ve meslektaşlarının (2017) çalışmalarında da sigara içen, içmeyen ve bırakan katılımcıların ASÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (85). Fakat konuyla ilgili yapılan çalışmaların çoğunda, stres ve sigara içme davranışı arasında ilişki olduğu ve sigara içenlerin, içmeyen ve bırakmış olan kişilerden daha yüksek düzeyde algılanan stres yaşadıkları bulunmuştur (45,46,51,86). Dolayısıyla bu çalışmanın sonuçları literatürdeki çalışma sonuçlarından farklıdır.

Çalışmamızda sigara içen katılımcıların sigaraya başlama yaş ortalaması 18.76 olarak bulunmuştur. Türkiye'de yapılan çeşitli çalışmalarda kişilerin sigaraya başlama yaş ortalamaları 15 ile 20 arasında değişmektedir (12,87,88). Yurtdışı çalışmalarda da sigaraya başlama yaş ortalamalarının Türkiye'deki çalışmalarla benzer olduğu görülmektedir (89,90).

Çalışma sonucunda katılımcıların %89.6'sının on yıldan uzun süredir sigara içtiği bulunmuştur; bu sonuç literatürdeki diğer araştırma sonuçlarıyla benzerdir. Fabrika işçilerinin sigara kullanma alışkanlıklarının incelendiği bir çalışmada işçilerin %88.2'sinin, bir işyerindeki sigara bırakma programına katılımı etkileyen etmenlerin incelendiği bir başka çalışmada ise katılımcıların %72.7'sinin on yıldan uzun süredir sigara içtiği bulunmuştur (11,87).

Sigara kullanımıyla ilgili yapılan araştırmaların çoğunda kişilerin sigarayı bırakma konusundaki niyetleri de incelenmektedir. Ülkemizde farklı sektörlerde çalışan kişilerle yapılan çalışmalarda genellikle katılımcıların %60 civarının sigarayı bırakmak istedikleri görölmektedir (11,12,88). Ham ve meslektaşları tarafından (2011) Amerika'daki iş gücünü oluşturan kişilerin özelliklerinin incelendiği çalışmada ise sigara içen mavi yakalılar arasında sigarayı bırakmak isteyenlerin oranı %39 iken, bu oran beyaz yakalılarda %46 olarak bulunmuştur (91). Bu çalışmada ise sigara içenlerin %44.8'i sigarayı bırakmak istediklerini belirtmişlerdir; bu oran Türkiye'de gerçekleştirilen diğeri çalışmalarda elde edilen oranlardan düşüktür.

Bu çalışmada katılımcıların FNBT'den aldıkları puan ortalamasının 3.79 olduğu ve %62.7'sinin düşük, %10.4'ünün orta ve %26.9'unun ise yüksek düzeyde nikotin bağımlısı oldukları bulunmuştur. Nikotin bağımlılığının incelendiği çeşitli araştırmalarda FNBT'den alınan puanlarla ilgili farklı sonuçlar olduğu görölmektedir (84,90,92,93). Bu çalışmada FNBT'den alınan puanların düşük olmasının nedeninin, katılımcıların büyük çoğunluğunun 18 yaşın üzerinde sigaraya başlayan kişiler olması olduğu düşünölmektedir. FNBT'den alınan puanlar sigaraya başlama yaşına göre değerlendirildiğinde 18 yaşından önce sigaraya başlayanların %57.1'i orta ve yüksek düzeyde nikotin bağımlısı iken bu oran 18 yaşından sonra sigaraya başlayanlarda %23.1 olarak bulunmuştur. Ayrıca on yıldan daha kısa süredir sigara içenlerin tamamı da düşük düzeyde nikotin bağımlısıdır. Bu bulgular hayatının erken dönemlerinde sigaraya başlayanların daha yüksek düzeyde nikotin bağımlısı oldukları ve sigarayı bırakma olasılıklarının daha düşük olduğu bulgusuyla tutarlıdır (94,95,96,97).

Nikotin bağımlılığı ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaları incelendiğinde farklı bulgulara rastlanmaktadır. Giotakis ve meslektaşları (2013) SCL-90-R alt ölçekleri ile FNBT ile ölçölen nikotin bağımlılığı arasında herhangi bir ilişki saptamamışken, Koç ve meslektaşları ölçek olarak Kısa Semptom Envanteri'ni kullandıkları çalışmalarında obsesif-kompulsif belirtiler, genel anksiyete, paranoid düşünceler, psikoz, insomnia ve anoreksiya belirtileri ile nikotin bağımlılığı arasında pozitif yönlü korelasyonlar olduğu sonucuna varmışlardır (79,98).

Bu çalışmada ise sigara içen katılımcıların kişilerarası duyarlılık ve paranoid düşünce belirtileri ile nikotin bağımlılığı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kişilerarası duyarlılık ya da kişilerarası reddedilme duyarlılığı, genel olarak, kişinin kendini diğerleriyle karşılaştırması sonucu hissettiği yetersizlik ve değersizlik duygusu olarak tanımlanmaktadır; kişilerarası duyarlılığın işlevselliği bozan bir düzeyde olması ise atipik depresyonun belirtileri arasında sayılmaktadır (99,100). Ancak araştırmalar sonucu depresyonun melankolik alt tipinin kriterlerini karşılayan bireylerde nikotin bağımlılık oranları daha yüksekken, atipik depresyon ve nikotin bağımlılığı arasında böyle bir ilişki bulunamamıştır. Epidemiyolojik Araştırma Merkezi-Depresyon Ölçeği'nin (CES-D) kullanıldığı bir çalışmada, sigara içen kişilerle içmeyenler arasında kişilerarası duyarlılığı ölçen kişilerarası sorunlar alt ölçeği puanları açısından herhangi bir farklılık saptanmamıştır (101). Schnoll ve meslektaşları da (2013) çalışmalarında CES-D kişilerarası sorunlar alt ölçeği ile FNBT puanları arasında korelasyon olmadığı sonucuna varmışlardır (102). Dolayısıyla bizim bulgularımız yukarıda bahsedilen çalışma sonuçlarından farklıdır. Katılımcıların paranoid düşünce puanları ile FNBT puanları arasındaki pozitif korelasyonun ise kişilerarası duyarlılık ve paranoid düşünce puanları arasındaki yüksek korelasyondan kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde de kişilerarası duyarlılığın paranoid deneyimin alt kategorilerinden biri olduğunu, bu iki değişken arasında ilişki olduğunu öne süren çalışmalar bulunmaktadır (103,104).

Bu çalışmada sigaraya başlama yaşının psikolojik belirtiler üzerine etkisi de incelenmiş ve SCL-90-R depresyon, fobi ve ek skala alt ölçekleri dışındaki tüm alt ölçekler ile sigaraya başlama yaşı arasında negatif yönlü korelasyonlar bulunmuştur. Araştırma sonuçları erken yaşta sigaraya başlayanların duygudurum bozuklukları açısından, geç yaşta başlayanlara göre risk altında olduğu göstermektedir. Jamal ve meslektaşları (2011) sigaraya başladıktan sonra depresyon ve anksiyete bozukluğu geliştiren 1055 kişiyi inceledikleri çalışmalarında, katılımcıların %51.7'sinin 15 yaşından önce sigaraya başlayan kişiler olduklarını, sigaraya erken yaşta başlayanların, geç yaşta başlayanlara göre, daha erken anksiyete bozukluğu tanısı aldıklarını bulmuşlardır (105). Ajdacic-Gross ve meslektaşlarının (2009) psikiyatrik hastalıkların epidemiyolojisiyle ilgili boylamsal çalışma sonuçlarını değerlendirdikleri araştırmalarında ise 20 yaşından önce sigaraya başlayanların,

sonra başlayanlara göre, ruhsal hastalıklar, özellikle de duygudurum bozuklukları, tanısı alma oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (106).

Katılımcıların algılanan stres düzeyleri ve nikotin bağımlılığı arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır. ASÖ-14'ten alınan puan ortalamaları nikotin bağımlılık düzeyine göre de karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde yapılan iki farklı çalışmada ASÖ ve FNBT puanları arasında anlamlı korelasyonlar saptanmadığı görülmüştür (92,10). Fakat diğer iki çalışmadan farklı olarak Garey ve meslektaşları (2015) sigarayı bırakmak amacıyla tedavi programına başvuran yetişkinlerle yürüttükleri çalışmalarında ASÖ-14 ve FNBT puanları arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyonlar bulmuşlardır (51).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de çeşitli sektörlerde çalışan kişilerin ruh sağlığı, stres düzeyleri ve sigara kullanım alışkanlıklarıyla ilgili çeşitli çalışmalar bulunmakla birlikte petrol sektöründe çalışan kişilerle ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Yurtdışı literatürde ise konuyla ilgili yürütülmüş çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu yönüyle ülkemizde petrol sektöründe çalışan kişilerin ihmal edilmiş bir alanda kaldığı düşünülmektedir. Bu çalışmada petrol arama alanında çalışan kişilerin sigara içme durumları ve nikotin bağımlılık düzeylerinin, psikolojik belirti ve algılanan stresle ilişkisi incelenmiştir.

Bu çalışmada örneklemin yarıdan fazlasının sigara içtiği, sigara içen ve içmeyenlerin eğitim düzeyi açısından farklılaştığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça sigara içme ve sigarayı bırakma oranının arttığı düşünülebilir.

Sigara kullanımının psikolojik belirtiler üzerine etkisi incelendiğinde, belirtilerin çoğu açısından fark olmamakla birlikte, sigara içen ve bırakan kişilerin SCL-90-R somatizasyon ve ek skala alt ölçek puanlarının sigara içmeyenlerden yüksek olduğu bulunmuştur. Algılanan stresle ilgili yapılan ölçüm sonucu, her ne kadar sigara içmeyenlerin ölçek puan ortalamaları daha yüksek olsa da, sigara kullanımının algılanan stres düzeyleri üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı bulunmuştur.

Bu çalışmada sigara içen katılımcıların sigarayı bırakmaya yönelik düşünceleri de sorgulanmış ve %44.8’inin sigarayı bırakmak istediği, %34.3’ünün ise bu konuda kararsız olduğu bulunmuştur. Bu bulgunun petrol sektöründe çalışanlara yönelik sigara bıraktırma programları düzenlenmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada sigara içen katılımcıların büyük çoğunluğu düşük düzeyde nikotin bağımlısıdır. Nikotin bağımlılığının psikolojik belirtilerle ilişki değerlendirildiğinde ise kişilerarası duyarlılık ve paranoid düşüncelerin bağımlılıkla pozitif yönlü, zayıf ilişkisi olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen bir diğer bulgu ise orta düzey nikotin bağımlılarının, pek çok psikolojik belirti açısından, düşük ve yüksek düzey bağımlılardan, daha yüksek puanlar aldıklarıdır.

Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyleri ile algılanan stres düzeyleri arasında ise herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

Sigaraya başlama yaşının nikotin bağımlılığı açısından önemli bir değişken olduğu yönündeki bulgu, bu çalışma sonucunda da tekrarlanmıştır. Erken yaşta sigaraya başlayanların nikotin bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu, sigaraya başlama yaşı ile psikolojik belirtiler arasında negatif yönlü korelasyonlar olduğu bulunmuştur. Sigaraya başlama yaşı ile algılanan stres düzeyi de ilişkilidir. Sigaraya başlama yaşı küçüldükçe algılanan stres düzeyinin arttığı bulunmuştur.



## KAYNAKLAR

1. Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 948, Ankara;2014.
2. Asna S, Mackay J, Song SY, Zhao L, Morton J, Palipudi KM et. Al. The GATS Atlas. Atlanta GA: CDC Foundation; 2015.
3. Latt N, Conigrave K, Saunders JB, Marshall EJ, Nutt D, editors. Addiction medicine. Oxford: Oxford University Press; 2009.
4. Uzbay İT. Madde bağımlılığı: Tüm boyutlarıyla bağımlılık ve bağımlılık yapan maddeler. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2015.
5. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R, editors. Principles of addiction medicine. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2009.
6. Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005.
7. Çelik S, Kolat U, Danışmant BS, Önem R, Bakım B ve ark. Sigara bırakmada psikopatoloji, bağımlılık şiddeti ve mizaç karakter özellikleri. The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital 2014; 48(4): 312-321.
8. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions : a history of changing outlooks. Annu Rev Psychol 1993; 44: 1-21.
9. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
10. Lawless MH, Harrison KA, Grandits GA, Eberly LE, Allen SS. Perceived stress and smoking related behaviors and symptomatology in male and female smokers. Addict Behav 2015; 51:80-83.
11. Yılmazel G, Çetinkaya F, Naçar M. Fabrika işçilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve sigara bırakma konusundaki düşünceleri. Dicle Univ Tıp Fakul Derg 2014; 41(4):717-723.

12. Unalacak M, Altın R, Kart L, Tor M, Örnek T, Altunel H. Smoking prevalence, behaviour and nicotine addiction among coal workers in Zonguldak, Turkey. *J Occup Health* 2004; 46:289-295.
13. Sakurada I, Okubo Y, Suwazono Y, Kobayashi E, Nogowa K, Kido T et. al. The present relationship between Japanese workers health status and lifestyle. *J Occup Health* 1999; 41:69-75.
14. Battams S, Roche AM, Fischer JA, Lee NK, Cameron J, Kostadinov V. Workplace risk factors for anxiety and depression in male-dominated industries: a systematic review. *Health Psychol Behav Med* 2014; 2(1):983-1008.
15. Ljosa CH, Tyssen R, Lau B. Mental distress among shift workers in Norwegian offshore petroleum industry-relative influence of individual and psychosocial work factors. *Scand J Work Environ Health* 2011; 37(6):551-555.
16. Chen WQ, Wong TW, Yu TS. Mental health issues in Chinese offshore oil workers. *Occup Med (Lond)* 2009; 59:545-549 [accessed 17 Nov 2015]. Available from: <http://occmed.oxfordjournals.org/content/59/8/545.long>.
17. Berthelsen M, Pallesen S, Bjorvatn B, Knardahl S. Shift schedules, work factors, and mental health among onshore and offshore workers in the Norwegian petroleum industry. *Ind Health* 2015; 53:280-292.
18. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
19. Boyle P, Gray N, Henningfield J, Zatonski W, editors. Tobacco: Science, policy and public health. Oxford: Oxford University Press; 2004.
20. Besson M, Forget B. Cognitive dysfunction, affective states and vulnerability to nicotine addiction: A multifactorial perspective. *Front Psychiatry* 2016; 7:160.
21. Köroğlu E, çev. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.

22. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Vulnerability to psychopathology in nicotine dependent smokers: An epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 941-946.
23. Glassman AH. Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 546-553
24. Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet* 1995; 25(2): 95-101.
25. Jamal M, Van der Does AJW, Cuijpers P, Penninx BWJH. Association of smoking and nicotine dependence with severity and course of symptoms in patients with depressive or anxiety disorder. *Drug Alcohol Depend* 2012; 126 (1-2):138-146.
26. Pawlina MMC, Rondina RC, Espinosa MM, Botelho C. Nicotine dependence and levels of depression and anxiety in the process of smoking cessation. *Rev Psiq Clin* 2014; 41(4): 101-105.
27. Babacan Gümüş A. Üniversite öğrencilerinde sigara ve alkol kullanımı: Depresif belirtiler ve umutsuzluk yönünden bir değerlendirme. *Journal of Dependence* 2015; 16(1): 9-17.
28. Bruijnzeel AW. Tobacco addiction and the dysregulation of brain stress systems. *Neurosci Biobehav Rev* 2012; 36(5): 1418-1441.
29. Gurillo P, Jauhar S, Murray RM, MacCabe JH. Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2015; 2:718-725.
30. Yıldız M, Yazıcı A, Böke Ö. Demographic and clinical characteristics in schizophrenia: A multicenter cross-sectional case record study. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21(3):213-224.
31. Ekinci O, Ekinci A. Cigarette smoking in patients with schizophrenia in Turkey: Relationships to psychopathology socio-demographic and clinical characteristics. *Düşünen Adam* 2012; 25:321-329.
32. Akman S. Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar. *Türk Psikoloji Bülteni* 2004; 10(34-35):40-55.

33. Jones F, Bright J. Stress: Myth, Theory and Research. Harlow England: Prentice Hall; 2001.
34. Altıntaş E. Stres yönetimi. Ankara: Anı Yayıncılık; 2014.
35. Bilgin N. Sosyal psikoloji sözlüğü: Kavramlar, yaklaşımlar. İstanbul: Bağlam Yayıncılık; 2003.
36. Baltaş A., Baltaş Z. Stres ve başa çıkma yolları. İstanbul: Remzi Kitapevi; 2004.
37. Gross CG. Claude Bernard and the constancy of the internal environment. *Neuroscientist* 1998; 4(5):380-385.
38. Baltaş Z. Sağlık psikolojisi: halk sağlığında davranış bilimleri. İstanbul: Remzi Kitapevi; 2000.
39. Dinçel E. Stresin psikofizyolojisi ve strese bağlı bedensel hastalıklar. *Türk Psikoloji Bülteni* 2004; 10(34-35):56-84.
40. Selye H. The stress concept and some of its implications. In: Hamilton V, Werburton DM, editors. *Human Stress and Cognition: An Information Processing Approach*. John Wiley and Sons, 1979: p. 11-29.41. Krohne HW. Stress and coping theories. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* 2001; 15163-15170.
41. Krohne HW. Stress and coping theories. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* 2001; 15163-15170.
42. Selye H. *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott; 1974.
43. Erden G. İslahevinde ve tutukevinde kalan ergenlerin stresle başa çıkma örüntüleri. Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu 2006; Ankara.
44. McKee SA, Sinha R, Weinberger AH, Sofuoğlu M, Harrison ELR, Lavery M et. al. Stress decreases the ability to resist smoking and potentiates smoking intensity and reward. *J Psychopharmacol* 2010; 25(4): 490-502.
45. Cohen S, Lichtenstein E. Perceived stress, quitting smoking, and smoking relapse. *Health Psychol* 1990; 9(4):466-478.

46. Robles Z, Garey L, Hogan J, Bakhshaie J, Schmidt NB, Zvolensky MJ. Examining an underlying mechanism between perceived stress and smoking cessation-related outcomes. *Addict Behav* 2016; 58: 149-154.
47. Bruijnzeel AW. Tobacco addiction and the dysregulation of brain stress systems. *Neurosci Biobehav Rev* 2012; 36(5): 1418-1441.
48. Parrott A. Does cigarette smoking cause stress? *Am Psychol* 1999; 54(10):817-820
49. Parrott A, Murphy RS. Explaining the stress-inducing effects of nicotine to cigarette smokers. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2012; 27: 150-155
50. Schmidt A, Neumann M, Wirtz M, Ernstmann N, Staratschek-Jox A, Stoelben E et. al. The influence of occupational stress factors on the nicotine dependence: a cross sectional study. *Tob Induc Dis* 2010; 8:6 [accessed 30 Jul 2016]. Available from: <http://tobaccoinduceddiseases.biomedcentral.com/articles/10.1186/1617-9625-8-6>.
51. Garey L, Farris SG, Schmidt NB, Zvolensky MJ. The role of smoking-specific experiential avoidance in the relation between perceived stress and tobacco dependence, perceived barriers to cessation, and problems during quit attempts among treatment-seeking smokers. *J Contextual Behav Sci* 2015; 5(1): 58-63.
52. Hammen C. Depression and stressful environments: Identifying gaps in conceptualization and measurement. *Anxiety Stress Coping* 2016; 29(4): 335-351.
53. Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1:293-319 [accessed 30 Nov 2016] Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>.
54. Schneiderman N, Ironson G, Siegel SD. Stress and health: Psychological behavioral and biological determinants. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1:607-628 [accessed 30 Nov 2016] Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>

55. Yerlikaya EE. Üniversite öğrencilerinin mizah tarzları ile algılanan stres, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Doktora Tezi 2009; Çukurova Üniversitesi, Adana.
56. Ghorbani N, Krauss SW, Watson PJ, LeBreton D. Relationship of perceived stress with depression: Complete mediation by perceived control and anxiety in Iran and the United States. *Int J Psychol* 2008; 43(6):958-968.
57. Uçar F. Streste zihnin rolü ve strese bağlı zihinsel/ruhsal hastalıklar. *Türk Psikoloji Bülteni* 2004; 10(34-35):85-102.
58. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24(4):385-396.
59. Allott KA, Rapado-Castro M, Proffitt TM, Bendall S, Garner B, Butselaar F et al. The impact of neuropsychological functioning and coping style on perceived stress in individuals with first-episode psychosis and healthy controls. *Psychiatry Res* 2015; 226(1):128-135.
60. Kılıç M. Belirti tarama listesinin (SCL-90-R) geçerlilik ve güvenilirliği. *TPCGJ* 1991; 1(2):45-52.
61. Dağ İ. Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Derg* 1991; 2(1):5-12.
62. Özgür G, Babacan AG, Gürdağ Ş. Hastanede çalışan hemşirelerde ruhsal belirtilerin incelenmesi. *Düşünen Adam* 2011; 24:296-305.
63. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Güvenirlik ve geçerlik analizi. *Yeni Symposium Dergisi* 2013; 51(3):132-140.
64. Baltaş Z, Atakuman Y, Duman Y. Standardization of the Perceived Stress Scale: Perceived stress in middle managers. *Stress and Anxiety Research Society, 19th International Conference, 10-12 July 1998, Boğaziçi University, İstanbul, Turkey.*
65. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86:1119-1127.

66. Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and it's assessment. *Ear Nose Throat J* 1990; 69(11):763-765.
67. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG, Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks* 2004; 52(2):115-121.
68. Nakayama K, Yamaguchi K, Maruyama S, Morimoto K. Association of smoking with other lifestyle factors and mental health status of Japanese factory workers. *Environ Health Prev Med* 1997; 2:11-15
69. Suda M, Nakayama K, Morimoto K. Relationship between behavioral lifestyle and mental health status evaluated using the GHQ-28 and SDS Questionnaires in Japanese factory workers. *Ind Health* 2007; 45(3):467-473.
70. Parkes KR, Farmer E, Carnell S. Psychosocial aspects of work and health in the North Sea oil and gas industry. *Health and Safety Executive Research Report* 2004.
71. Turunç Y. Fabrika işçilerinde stres kaynakları ve stresle başa çıkma yöntemleri. *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı ABD Yüksek Lisans Tezi* 2009; Edirne.
72. Parkes KR. Age, smoking and negative affectivity as predictors of sleep patterns among shiftworkers in two environments. *J Occup Health Psychol* 2002; 7(2):156-173.
73. Ali HY, Kudadah K, Booz O, Moussa M, Alabbasi A, Al-Adsani R. Determinants of smoking initiation an smoking cessation among employees of oil company in Kuwait. *Middle East Journal of Family Medicine* 2013; 11(8): 35-53. [accessed 23 Mar 2017] Available from: <http://www.mejfm.com/Newarchives/2013/MEJFMOctober2013.pdf>
74. Schmitz N, Kruse J, Heckrath C, Alberti L ,Tress W. Diagnosing mental disorders in primary care: The General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 360-366.

75. Ardakani A, Seghatoleslam T, Habil H, Jameei F, Rashid R, Zahirodin A et al. Construct validity of Symptom Checklist -90-Revised (SCL-90-R) and General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) in patients with drug addiction and diabetes and normal population. *Iran J Public Health* 2016; 45(4): 451-459.
76. Parkes KP. Mental health in the oil industry: a comparative study of onshore and offshore employees. *Psychol Med* 1992; 22:997-1009.
77. Williams SG, Hudson A, Redd C. Cigarette smoking, manifest anxiety and somatic symptoms. *Addict Behav* 1982; 7(4): 427.
78. Graham JR. *MMPI uygulama ve yorumlama rehberi*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1998.
79. Giotakis K, Douzenis A, Tselebis A, Pachi A, Zafeiropoulos G, Bratis D et al. Psychological parameters and habitual smoking among health professionals. *Encephalos* 2013; 50(3): 82-88.
80. Mousavi AS, Matinkhah F, Maadani MR, Masjedi MR. Psychological problems and cigarette smoking in Tehran University students in 2010. *Tanaffos* 2012; 11(3): 42-48.
81. Aydoğan U, Akbulut H, Uzun O, Yuksel S, Turker T, Gevrek O et al. Distribution of psychiatric symptoms among young Turkish males and the relationship between these symptoms and socio-demographic characteristics. *Compr Psychiatry* 2013; 54(3): 269-275.
82. Cohen, S, Williamson, G. Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan, S. Oskamp, editors. *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA: Sage, 1988: p. 31-67.
83. Al-Dubai SAR, Ganasegeran K, Elkami R, Alshakka M, Ghanem N. Perceived stress among Malaysian railway workers. *Malays J Sci* 2016; 23(5): 38-43.
84. Son SR, Choe BM, Kim SHi Hong YS, Kim BG. A study on the relationship between job stress and nicotine dependence in Korean workers. *Ann Occup Environ*

Med 2016; 28:27 [accessed 12 Sep 2016] Available from: <http://aoemj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40557-016-0113-4>.

85. Devoglio LL, Corrente JE, Borgato MH, deGodoy I. Smoking among female sex workers: prevalence and associated variables. *J Bras Pneumol* 2017; 43(1): 6-13.

86. Hajek P, Taylor T, McRobbie H. The effect of stopping smoking on perceived stress levels. *Addiction* 2010; 105(8): 1466-1471.

87. Davas HA, Durusoy R, Pirgan NÇ. Bir işyerindeki sigara bırakma programına katılımı etkileyen etmenler. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi* 2012; 44:41-47.

88. Şahin HD, Naz İ, Aksel N, Tuksavul F, Özsöz A. Hastane personelinde sigara alışkanlığı: psikolojik sorunların etkisi var mıdır? *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2015; 29(2): 85-93.

89. Mananes G, Vallejo MA, Vallejo-Slocker L. Demographic psychological and smoking characteristics of users of an on-line smoking cessation programme in the Spanish language. *Gac Sanit* 2016; 30(1): 18-23.

90. Parashar M, Agarwall R, Mallik P, Dwivedi S, Patvagekar B, Pathak R. Prevalence and correlates of nicotine dependence among construction site workers: a cross sectional study in Delhi. *Lung India* 2016; 33(5): 496-501.

91. Ham DC; Przybeck T, Strickland JR, Luke DA, Bierut LJ, Evanoff BA. Occupation and workplace policies predict smoking behavior: analysis of national data from the Current Population Survey. *J Occup Environ Med* 2011; 53(11): 1337-1345.

92. Hooper MW, McNutt MD, Baker EA. Psychosocial correlates of perceived stress and depressive symptoms among help seeking Hispanic smokers. *J Health Dispar Res Pract* 2015; 8(2): 106-117.

93. Hooper MW, Dietz NA, Wilson JC. Sociocultural risk factors for elevated perceived stress among African American smokers. *J Health Dispar Res Pract* 2016; 9(4): 218-223.

94. Chen J, Millar WJ. Age of smoking initiation: implications for quitting. *Health Rep* 1998; 9(4): 39-46.

95. Breslau N, Fenn N, Peterson EL. Early smoking initiation and nicotine dependence in a cohort of young adults. *Drug Alcohol Depend* 1993; 32(2): 129-137.
96. Nordstrom BL, Kinnunen T, Utman CH, Krall EA, Vokonas PS. Predictors of continued smoking over 25 years of follow-up in the normative aging study. *Am J Public Health* 2000; 90(3): 404-406.
97. Kendler KS, Myers J, Damaj MI, Chen X. Early smoking onset and risk for subsequent nicotine dependence: a monozygotic co-twin control study. *Am J Psychiatry* 2013; 170(4): 408-413.
98. Koç M, Çolak TS, Düşünceli B, Güven N, Arıcı N, Göçet E. The relationship between psychological symptoms and nicotine dependence level. *Int J Humanit Soc Sci* 2014; 5(1): 84-91.
99. Doğan T, Sapmaz S. Kişilerarası Duyarlılık Ölçeğinin Türk üniversite öğrencilerinde psikometrik analizi. *Kuramsal Eğitimbilim Dergisi* 2012; 5(2): 143-155.
100. Aydemir Ö. Atipik depresyon. *Klin Psikiyatr Derg* 2004; ek2: 49-53.
101. Leventhal AM, Kahler CW, Ray LA, Zimmerman M. Refining the depression-nicotine dependence link: patterns of depressive symptoms in psychiatric outpatients with current past and no history of nicotine dependence. *Addict Behav* 2009; 34(3): 297-303.
102. Schnoll RA, Leone FT, Hitsman B. Symptoms of depression and smoking behaviors following treatment with transdermal nicotine patch. *J Addict Dis* 2013; 32(1): 46-52.
103. Bebbington PE, McBride O, Steel C, Kuipers E, Radovanovic M, Brughs T et al. The structure of paranoia in the general population. *Br J Psychiatry* 2013; 202(6): 419-427.
104. Freeman D, Garety PA. *Paranoia: The psychology of persecutory delusions*. East Sussex: Psychology Press; 2004.

105. Jamal M, Van der Does AJW, Penninx BWJH, Cuijpers P. Age at smoking onset and the onset of depression and anxiety disorders. *Nicotine Tob Res* 2011; 13(9): 809-819.

106. Ajdacic-Gross V, Landolt K, Angst J, Gamma A, Merikangans KR, Gutzwiller F et al. Adult versus adolescent onset of smoking: how are mood disorders and other risk factors involved. *Br J Addict* 2009; 104 (8): 1411-1419.



## EKLER

### EK I

Olgu No:

#### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

*Değerli katılımcı,*

*Bu çalışmada “Petrol arama işçilerinde sigara kullanımının psikolojik belirtiler ve algılanan stres düzeyi ile ilişkisi”ni belirlemek amaçlanmaktadır. Bu nedenle sizlere bazı sorular sorulacaktır, bu sorular açık yanıtlar vermeniz beklenmektedir. Çalışmaya katılım tamamen isteğe bağlıdır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.*

Yaş: .....

Medeni Durum:  Bekar  Evli  Boşanmış  Dul

Eğitim Durumu:  İlköğretim  Ortaöğretim

Yüksekokul  Üniversite

Gelir Durumu (haneye giren toplam gelir):  2000 TL ve altı  
 2001 TL – 3000 TL arası  
 3001 TL ve üzeri

Kaç yıldır bu kurumda çalışıyorsunuz? .....

Bir yıl içinde kaç ay Ankara dışında çalışıyorsunuz? .....

Sigara içmeye kaç yaşında başladınız? .....

Önümüzdeki altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?  Evet  
 Hayır  
 Kararsızım



## EK II (devamı)

39. ( ) Kalbin çok hızlı çarpması
40. ( ) Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. ( ) Kendini başkalarından aşağı görme
42. ( ) Adale (kas) ağrıları
43. ( ) Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. ( ) Uykuya dalmada güçlük
45. ( ) Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. ( ) Karar vermede güçlük
47. ( ) Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. ( ) Nefes almada güçlük
49. ( ) Soğuk veya sıcak basması
50. ( ) Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. ( ) Hiç bir şey düşünmeme hali
52. ( ) Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. ( ) Boğazımıza bir yumru takınmış hissi
54. ( ) Gelecek konusunda ümitsizlik
55. ( ) Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. ( ) Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. ( ) Gerginlik veya coşku hissi
58. ( ) Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. ( ) Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. ( ) Aşırı yemek yeme
61. ( ) İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. ( ) Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. ( ) Bir başkasına vurmaya, zarar vermek, yaralamaya dürtülerinin olması
64. ( ) Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. ( ) Yılanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. ( ) Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. ( ) Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. ( ) Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. ( ) Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. ( ) Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. ( ) Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. ( ) Dehşet ve panik nöbetleri
73. ( ) Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. ( ) Sık sık tartışmaya girme
75. ( ) Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. ( ) Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. ( ) Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. ( ) Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. ( ) Değersizlik duygusu
80. ( ) Size kötü bir şey olacaktıymış hissi
81. ( ) Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. ( ) Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. ( ) Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. ( ) Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. ( ) Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. ( ) Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. ( ) Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. ( ) Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. ( ) Suçluluk duygusu
90. ( ) Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

### EK III

Olgu No:

#### ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ-14)

##### YÖNERGE

Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

	HİÇBİR ZAMAN	NEREDEYSE HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	OLDUKÇA SIK	ÇOK SIK
1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
4. Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?					
5. Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
8. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
11. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?					
12. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?					
13. Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?					
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

## EK IV

Olgu No:

### FAGERSTROM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

**Soru 1:** İlk sigaranızı sabah uandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- a. Uandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde
- b. 6- 30 dakika içinde
- c. 31- 60 dakika
- d. 1 saatten fazla

**Soru 2:** Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- a. evet :
- b. hayır:

**Soru 3:** İçmeden duramayacağınız , diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

- a. Sabah içtiğim ilk sigara
- b. Diğer herhangi biri

**Soru 4:** Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a. 10 adet veya daha az
- b. 11- 20
- c. 21- 30
- d. 31 veya daha fazlası

**Soru 5:** Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?

- a. evet
- b. hayır

**Soru 6:** Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz ?

- a. evet
- b. hayır

**EK V**



**TÜRKİYE PETROLLERİ**  
TÜRKİYE PETROLLERİ ANONİM ORTAKLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (TP)  
ARAMA DAİRE BAŞKANLIĞI  
JEOFİZİK OPERASYONLAR MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 81419103-000/E.31463  
Konu : Tez Çalışması İzni

20.11.2015

Sayın Ezgi Karabacak AKAY  
100.Yıl İşçi Blokları Mah.1516. cad. , 140.Blok.no.30/4 Çankaya / ANKARA 06530  
İlgi : 18.11.2015 tarihli dilekçeniz.

Ortaklığımıza iletmış olduğunuz 18.11.2015 tarihli dilekçeniz incelenmiş olup Ortaklığımız Arama Daire Başkanlığı Jeofizik Operasyonlar Müdürlüğü saha personeline gönüllü katılım esasına dayalı olarak anket uygulayabilmeniz hususuna, çalışmanız esnasında personelden kimlik bilgisi alınmaması, toplanan verilerin sadece yüksek lisans teziniz çalışmalarında kullanılması ve üçüncü şahıslarla paylaşılmaması kaydıyla Ortaklığımız tarafından izin verilmiştir.

*Bilgilerinizi rica ederim.*

 e-imzalıdır  
Erdal COŞKUN  
Daire Başkanı

Not: 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanunu uyarınca bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Doğrulama Kodu : KEFASOFFQFYNBQPTTVYU Evrak Takip Adresi: <https://belgedogrulama.tpa.gov.tr>  
TÜRKİYE PETROLLERİ A.O. GENEL MÜDÜRLÜK  
Söğütözü Mah. 2180. Cad. No:10 06100 Çankaya/ANKARA  
T: 0312 207 21 11 F: 0312 286 90 49

Bilgi için: Enes GÜNDOĞAN  
Servis Görevlisi (Tek.Hiz)-B

## EK VI



EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR  
Tel: 0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34  
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



## ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Petrol Arama İşçilerinde Nikotin Bağımlılığının Ruhsal Belirtiler Ve Algılanan Stresle İlişkisi.			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Yusuf ALPER			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 <input type="checkbox"/>	FAZ 2 <input type="checkbox"/>	FAZ 3 <input type="checkbox"/>	FAZ 4 <input type="checkbox"/>
Gözlemsel İlaç Çalışması <input type="checkbox"/>		Tıbbi Cihaz klinik Araştırması <input type="checkbox"/>			
İn Vitro Tıbbi Tanı Cihazları İle Yapılan Performans Değerlendirme Çalışmaları <input type="checkbox"/>		İlaç Dışı Klinik Araştırma <input checked="" type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	25.04.2016	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	12.01.2016	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/> 22.04.2016			
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 16-2.1/10	Tarih: 29.04.2016			
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğu oy birliği ile karar verilmiştir.				

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşenur OKTAY					
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayşenur OKTAY Başkan	Radyodiagnostik	EÜ. Tıp Fakültesi Radyoloji AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN Üye	Çocuk Nörolojisi	EÜ. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur OKTAY	İMZA 	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa	
			22	28.09.2011/05	1/2	

## EK VI (devamı)



T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR  
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34  
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



### ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 16- 2.1/10				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Abdullah SAYINER Üye	Göğüs Hastalıkları	EÜ. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yard. Doç. Dr. Gülsün AYGÖRMEZ UĞURLUBAY Üye	Ceza Hukuku	Gediz Üniversitesi Hukuk Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI

\* Araştırma ile İlişki  
\*\* Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR  
EÜTF Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

## EK VII

## ÖZGEÇMİŞ

### EZGİ AKAY

**E-mail:** [ezgikb@gmail.com](mailto:ezgikb@gmail.com)

**Telefon:** 0 (312) 285 04 03

0 (507) 481 42 41

**Uyruğu:** T.C.

**Doğum Yeri:** İzmir

**Doğum Tarihi:** 01/01/1986

#### **İş Denevimleri:**

2012 (Eylül) - .....

**Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık  
Müdürlüğü**

Psikolog

2012 (Şubat) – 2012 (Temmuz)

**Engelli Dernekleri Federasyonu**

Psikolog

2010 (Mart) - 2012 (Şubat)

**Özel Osmangazi Tolga Özel Eğitim Merkezi**

Psikolog

2009 (Mart) - 2009 (Temmuz)

**Ata Özel Eğitim Okulu**

Psikolog

#### **Eğitim Durumu:**

2009 - .....

**Ege Üniversitesi (İzmir)**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Bağımlılık Danışmanlığı Yüksek Lisans

Programı (Tez aşamasında)

2004 - 2008

**Ege Üniversitesi (İzmir)**

Edebiyat Fakültesi

Psikoloji Bölümü, Lisans Derecesi

1996 – 2004

**Buca Anadolu Lisesi (İzmir)**

Lise Diploması

**Seminer/Eğitim/Proje Denevimleri:**

2013 (Nisan)

**Bilişsel Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitimi**

Eğitimci: Prof. Dr. M. Hakan TÜRKCAPAR

2011 (Ağustos)

**Addiction Course Eğitimi**

Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı, Toksikoloji  
ve İlaç Bilimleri Enstitüsü

2009 (Şubat)

**Uygulamalı “Temel Görüşme Tekniği”**

**Semineri**

Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı  
Seminer Sorumlusu: Fatih F. KARAMAN

2008 (Temmuz) – 2009 (Şubat)

**TurkSch: Şizofrenide Gen-Çevre Etkileşimi**

**Araştırması**

Proje Asistanı

**Yabancı Dil :**

**İngilizce**

(İleri seviyede)

**Fransızca**

(Orta seviyede)